

Organo de la Asociación Médica Hondureña

Tegucigalpa, Honduras, Centro América.—Marzo y Abril 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

DR. CALDERON

Página

SUMARIO

Página de la Dirección	131
Embarazo tubárico con feto vivo y supervivencia, por el Dr. S. Paredes P.	133
Síndrome de cistitis, por O. M.	135
Hemorragias genitales de la Menopausia, por el Dr. César A. Leoni Iparraguirre	138
Lo que el Médico no debe hacer, por el Dr. R. D. Alduvín	147
Aguja para la localización de cuerpos extraños en la práctica de acci- dentes del trabajo, por Luis Ramallal	155
Blenorragia. Tratamiento curativo	158
Comentarios sobre la organización de los estudios de medicina en París, por Pedro Iglesias Betancourt	161
Tolstoi en la mesa de disección, por el Dr. Juan Marin	162
Revista Quirúrgica, por el Dr. S. Paredes P.	166
Resultados y peligros del tratamiento de la amibiasis. Resumen de la experiencia clínica de 15 años en la Clínica Mayo	169
Precauciones que es necesario tomar después de las inundaciones	170
La reacción pupilar en el diagnóstico del embarazo, por Francisco Morones Alba	172
Reflexiones sobre treinta y ocho casos de pleuresia purulenta, por el Dr. Vignard	173
Etiología de la colitis ulcerosa, por Gallard Monés y Sanjuan P.	176
Estudio sobre la efectividad antielmítica de la leche del higuerón en el tratamiento de la tricocefalosis, y su efectividad contra la infec- ción de los ascarides, por los doctores Fred C. Caldewel y Elfreda L. Caldewel	178
El timo y la muerte repentina en los niños, por el Prof. Martínez Vargas	190
Notas	192

REVISTA MEDICA HONDUREÑA

Órgano de la Asociación Médica. Hondureña

DIRECTOR:
Dr. S. Paredes P.
REDACTORES:

Doctor Manuel Larios

Dr. Antonio Vidal

Dr. Guillermo E. Durón

SECRETARIO DE REDACCIÓN:

ADMINISTRADOR:

Doctor Gabriel R. Aguilar

Doctor Henry D. Guilbert

Año VX | Tegucigalpa, Hond. C. A., Marzo y Abril de 1936 | No 6i

PAGINA DE LA DIRECCIÓN

Una verdadera calamidad social y nacional constituye el asombroso número de conjuntivitis gonocóccicas que diariamente se presenta a la clínica del Hospital y la Policlínica con lesiones de tal manera avanzadas que casi siempre cuando no se pierde uno o los dos ojos, la visión, queda seriamente comprometida o perdida del todo.

Como el medio es imposible educarlo en los cuidados higiénicos de profilaxis contra tan terrible mal, no hay esperanzas de acabar con él, pero sí podemos dentro del radio de la actividad profesional disminuir en un buen porcentaje los desastres causados por la infección gonocócica de la conjuntiva tomando las precauciones convenientes en la asistencia de los partos y antes si fuera posible, aconsejando el aseo escrupuloso de {las manos de blenorragicos, encargando sobre todo no tocarse los ojos con ellas.

Pero inútil es toda recomendación terapéutica si el diagnóstico no está sentado correctamente; si bien la conjuntivitis gonocócica puede diagnosticarse fácilmente por la clínica, pues sus síntomas son muy claros no debe descuidarse nunca el examen de la secreción ' purulenta tanto de los ojos como de la vaginal y uretral que casi siempre son negadas por el consultante.*

Con una frecuencia inaudita tengo oportunidad de atender conjuntivitis gonocóccicas antiguas tratadas incorrectamente por médicos que desconocían su naturaleza y no sólo no mejoran con sus prescripciones sino que dan tiempo a la enfermedad de producir las tremendas complicaciones destructoras de la función y del-órgano.

Me gustaría para mayor garantía del público que los médicos generales aplicaran a las infecciones de los ojos el principio que aconsejan algunos autores a las neoplasias del seno: todo tumor del seno es un cáncer mientras no se demuestre lo contrario; así decir: toda infección oculo-conjuntival es gonocócica mientras no demostremos lo contrario; esto nos reporta la inmensa ventaja de tener siempre presente en el espíritu la más grave de las infecciones de los ojos, incitándonos a investigar cuidadosamente por los medios habituales si es o no esa infección. Comprendo la exageración del principio, pero como ningún perjuicio se causa al paciente como no sea el de herir el pudor y susceptibilidad de algunos que se consideran ofendidos porque alojan en alguna parte de su cuerpo o de sus hijos los amables gonococos.

Lo más alarmante y serio del problema no es la cantidad de infectados ni la calidad de las complicaciones sino la tardanza en buscar el médico; contados son los pacientes que acuden el primer o segundo día de la enfermedad; generalmente llegan en ocasión de úlceras de la córnea, de perforación de la misma de supuración del iris o bien de panoftalmia; en esas condiciones los casos son desesperados y los recursos de la terapéutica insuficientes para detener la evolución fatal.

Siendo de tan fácil investigación el gonococo es imperdonable la negligencia de facultativos de comprobar o averiguar la existencia de los temibles gérmenes en la conjuntiva; la infección puede en los primeros días detenerse sin dejar secuelas, no así en los casos avanzados.

El tratamiento es sencillísimo: colirio de nitrato de plata al 2 %, lavados con permanganato de potasio al 1 por 3.000 tantas veces como lo demande el grado de supuración, instilación de atropina al 1 % para evitar perforaciones y adherencias del iris y combatir la iritis, inyecciones de leche, jamás curación oclusiva, tratamiento del foco de origen de los gonococos, enucleación en caso de panoftalmia, iridectomía óptica cuando la opacidad de la córnea cubre la pupila solamente.

El mayor porcentaje de nuestros ciegos proviene de la infección gonocócica; casi todos ambulan por las calles importunando a los pasantes con lamentos, rezos y lloriqueos en solicitud de limosna; pocos son los reclusos en el asilo de indigentes; el mo-

Embarazo tubárico con feto vivo y supervivencia

Ventura Ramírez de 25 años, casada, de oficios domésticos, vecina de Moropocay, Valle, ingresa a mi servicio de cirugía del Hospital General el 3 de febrero quejándose de dificultad para defecar y de orinar por gotas.

Cuenta le enferma que desde octubre empezó a sufrir de dolor moderado y de un tumor desarrollado lentamente en la fosa ilíaca derecha hasta llegar al estado actual de trastornos de la micción y defecación instalados hace 15 días.

Ha tenido 3 hijos que viven sanos. Sus reglas siempre normales hasta la fecha. No recuerda ningún retardo. Jamás hemorragias. Estado general excelente.

A la inspección noto dos tumores abdominales: uno derecho grande y otro izquierdo pequeño, como un puño, superficial.

La palpación muestra el tumor grande liso, regular, duro, inmóvil, situado en la fosa ilíaca derecha, doloroso al intentar desplazarlo. El tumor izquierdo, pequeño, blando, regular, bastante movable hacia arriba e izquierda, poco hacia abajo.

El tacto vaginal combinado a la palpación abdominal muestra los caracteres ya mencionados

del tumor grande que ocupa los fondos de saco anterior, posterior y laterales. Imposible mover la masa. No se encuentra cuello uterino, sino haciendo descender el pequeño tumor izquierdo y logrando sentir apenas el labio anterior del cuello al nivel del borde superior de la sínfisis pubiana. Esta maniobra me hace creer que el pequeño tumor superficial, movable, izquierdo es el útero ligeramente aumentado de volumen.

A pesar de negar la paciente trastornos gravídicos y de no encontrar fenómenos claros de embarazo, como línea morena, infarto de los senos, tubérculos de Montgomery, etc., emito como una hipótesis posible la de embarazo tubárico con feto probablemente muerto por falta de movimientos y de latidos y soplos.

A fuerza de ruegos, primero, de engaños después y por último imperativamente logro llevar la paciente a la sala de operaciones y previa anestesia al éter hago una laparotomía media inferior; lo primero que encuentro es el pequeño tumor que confirmo ser el útero; el gran tumor es realmente la trompa enormemente dilatada y adherida al intestino delgado, grueso y epiplones; rompo la

...dus vivendi de la calle les es tan grato que consideran el asilo ' como una prisión. Carga pesada para la sociedad, carga para el estado, justo es combatirla con medios adecuados por un sagrado sentimiento de humanidad y para desembarazarnos de una vergüenza -publica y molestia permanente de la sociedad.

bolsa y extraigo un feto de 6 meses, luego la placenta y por último, no sin alguna dificultad, desprendo la trompa de los órganos adheridos.

El uréter derecho enormemente dilatado, como un dedo pulgar, hubiera sido irremediablemente desprendido de la vejiga si su tamaño no lo hace visible precozmente.

Hemostasia perfecta, extirpación del apéndice y sutura de la pared en 3 planos.

12 días después y sin ninguna complicación la paciente se levanta y a los 19 de su ingreso pide el alta.

El niño es objeto de los cuidados necesarios al extraerlo y después alimentado con Lactógeno y S. M. V. Al principio tardaba hasta media hora para terminar una onza de leche pero poco a poco se fue adiestrando hasta hacerlo en 6 minutos.

Una cabeza deformada, alargada, oblicua en el sentido fronto-occipital, abundante pelo, cubriendo toda la frente, orejas dobladas, piel arrugada, el pie derecho en extrema flexión y el izquierdo en varus.

A los 19 días de edad cae el ombligo.

A los 13 tiene dificultades para tomar el pepe; a los 14 aparece una pequeña tumefacción abajo y cerca del ángulo del maxilar; el 15 se punciona y extrae una pequeña cantidad de pus que el microscopio demostró ser aséptico, y se incinde y drena. A los 19 días nueva tumefacción a la derecha del tiroides hasta cerca de la clavícula; al siguiente día incisión y drenaje. A los

24 días otro absceso medio al nivel del hioides; igual tratamiento. No aparecen más.

Cuando salió el segundo absceso se presentó un edema bilateral de las piernas que aumentó en el doble su volumen.

A los 37 días en la madrugada tuvo un ataque que paralizó la respiración pero volvió pronto. A los 38 por la mañana lo mismo; ese día toma la leche con lentitud; se queja toda la noche, no toma alimento y muere el 39 a las 10 a. m.

El peso al nacer 720 gramos; a las tres semanas 960; la quinta semana pierde 50 gramos, la sexta gana 90; la última pesada 4 días antes de morir dio 1.100 gramos.

Múltiple interés despierta el caso referido por razones varias.

I.—La mujer no acusa signos de embarazo intra ni extra-uterino como no sea el tumor lateral fijo, doloroso y el útero **-libre**.

II.—Haber llegado hasta el 6º mes sin producir ningún accidente que no fuera mecánico (compresión del uréter y del recto).

III.—Facilidad de extracción de la trompa y placenta adheridas a los órganos vecinos.

IV.—Haber logrado una supervivencia de 39 días.

Se trata del primer caso en Honduras de embarazo tubárico con feto vivo.

Es la excepción en el gran número de embarazos extrauterinos. El Profesor Lecene señala, en su Terapéutica quirúrgica un

SÍNDROME DE CISTITIS

Anatomo-patológicamente Cistitis es una inflamación de la pared vesical.

Clínicamente se dice que hay Cistitis cuando el enfermo presenta a la vez dolores durante la micción, deseos frecuentes de orinar y piuría.

El dolor empieza antes de la micción, durante toda ella y se acentúa al fin. El terminal es más claro en la región suprapúbica, periné y extremidad del pene.

La polaquiuria es variable según la extensión de las lesiones; en los casos muy agudos se acompaña de deseos imperiosos de orinar debiendo ser evacuada la vejiga so pena que salga espontáneamente.

A veces se agrega a esta triada la hematuria.

Un examen microscópico demuestra la presencia de pus y calidad de gérmenes.

La capacidad vesical está disminuida tanto como sea la extensión de las lesiones.

A la cistoscopia se encuentran la cantidad, calidad y extensión de las lesiones que primitivamente se caracterizan por centenar de casos registrados en todas las estadísticas.

Para concluir quiero afirmar la extrema frecuencia de embarazos tubáricos que existe en esta ciudad, ya mi record pasa de 30. Del 5 de febrero al 19 de marzo he tenido 4 casos más del referido, todos con retardos de 10 días hasta un mes; uno de

nómenos de congestión con aumento del número y volumen de los vasos. Un grado más avanzado y la mucosa pierde su color haciéndose rosada o roja, sea sólo en el cuello, en el *fondo* o en su totalidad. En los casos crónicos la mucosa se esclerosa y aparece pálida y grisácea. Se ven además edemas, sufusiones sanguíneas, abscesos, ulceraciones, placas de leucoplasia.

El diagnóstico se hace con la cistalgia caracterizada por dolores, frecuencia de micciones y ausencia de piuría, frecuente en el embarazo, prolapso genital, tumores uterinos, salpingitis. Igual cosa con los pólipos de la uretra y el prolapso de la mucosa de sencilla exploración.

Con las neuralgias vesicales secuelas de cistitis curadas, del tabes, de las fisuras anales. Con los cálculos de la vejiga, una exploración metálica, la cistoscopia y radiografías los eliminan.

Las bacteriurias renales y vesicales se acompañan de cistalgias sin que haya inflamación de la mucosa. El diagnóstico es muy difícil pero la orina es ligeramente turbia, da visos; al

ellos bilateral a gran bolsa izquierda y mediana derecha. Una inundación peritoneal de 13 días y dos de un mes. La del bilateral nunca tuvo hemorragias. Todas las enfermas fueron operadas con éxito.

S. Paredes P.

agitarla en un vaso se ven reflejos deslumbrantes, ondulados. Las uretritis a estafilococos o colibacilos dan bacteriurias. Hay ausencia de pus.

Los cálculos de la extremidad inferior de la uretra producen dolores y deseos frecuentes de orinar; si hay piuria pueden confundirse con la cistitis, pero la radiografía, cistoscopia y antecedentes de cólicos establecen el diagnóstico.

Pueden haber deseos frecuentes y dolores en la retención piélica de la hidronefrosis pero no hay pus. Se hará la medida de capacidad piélica y radiografía.

En las pielonefritis puede haber inflamación pero generalmente sólo se observa la cistalgia. La polaquiuria es más frecuente por la noche. El origen renal se establece por que el lavado de la vejiga aclara rápidamente el medio vesical. El cateterismo uretral prueba la infección piélica y la cistoscopia la ausencia de lesiones vesicales.

Demostrando la integridad de la mucosa vesical la cistoscopia se diferencia la tuberculosis renal cuando no ha sido corita - minada.

La prostatitis blenorragica se parece a la cistitis pero los síntomas son menos pronunciados; la piuria está limitada al prin-

cipio y al fin de la micción; los deseos son más imperiosos que frecuentes. Medida de la capacidad vesical y tacto prostático' resuelven la cuestión.

Una vez eliminadas todas estas afecciones parecidas a las cistitis habría que averiguar la naturaleza y causa de ésta. Las cistitis de evolución y manifestaciones muy agudas son debidas sea a un sondaje séptico o a la gonococcia, se acompañan de hematuria con frecuencia, duran poco, curan en 8 a 10 días bajo tratamiento o espontáneamente.

Las cistitis subagudas en las mujeres se deben a infección intestinal o genital y en ambos sexos a la tuberculosis renal; la cistitis aparece sin causa ostensible, rebelde al tratamiento, recidivante, la orina es pálida y turbia, acidas, piuria sin microbios o con bacilos de Koch. La cistoscopia muestra: granulaciones, ulceraciones y placas equimóticas. La granulación se presenta como una semiesfera, del tamaño de la cabeza de un alfiler, gris transparente o gris lechoso, perfilándose sobre una aureola roja que la circunscribe, son múltiples y se desprenden claramente de la mucosa sana, La ulceración resultado de la abertura de la granulación es de bordes tallados, levantados, crateriforme, de fondo blanco o

amarillo y regular. Otras veces es una exulceración saliente poco profunda, granuda e irregular, recubierto de una capa purulenta, adherente, amarillenta y para otras ulcerada, roja y rosada. La excavación está limitada por un borde como un minúsculo platillo periférico, amarillento, bastante regular, rodeado todo por una zona congestiva rojo vivo de algunos milímetros de ancho.

Cuando las granulaciones y ulceraciones residen en el vértice de la vejiga son patognómicas de tuberculosis.

Las placas equimóticas aparecen en forma de manchas rojo vivo del tamaño de una lenteja de límites imprecisos formadas de vasos turgescientes. Se les encuentra en todas las cistitis agudas; en la tuberculosis son poco numerosas y se ven sobre mucosa sana.

En la tuberculosis se observa una alteración de uno de los orificios ureterales rodeado sea por una mancha hemorrágica, por una exulceración o por un edema; otras veces está ulcerado, crateriforme, en boca de horno. Cuando a la infección tuberculosa se agrega una banal los caracteres cistoscópicos se pierden y entonces el diagnóstico se hace por la división y examen microscópico de la orina.

Las cistitis subagudas de origen intestinal son recidivantes y se afirmarán hasta haber eliminado la tuberculosis vesical.

Las cistitis crónicas consecutivas a cistitis agudas no tratadas o mal tratadas de los estre-

chos prostáticos y prostato-vesiculares. Desconfiar de los cálculos, tuberculosis renal, en un hipertrófico de la próstata si hay pus sin haber sido sondeado. La cistitis rebelde al tratamiento con detenimiento del chorro durante la micción o dolor a la marcha y movimiento despertará la idea de cálculos vesicales.

Se presentan también cistitis crónicas con caracteres de agudeza en los divertículos vesicales, estrecheces uretrales, hipertrofia de la próstata y cálculos vesicales.

Las cistitis gangrenosas evolucionan en forma especial: los fenómenos de cistitis son poco marcado en tanto que los generales son acentuados; orina muy purulenta y fétida; el sondaje puede evacuar la vejiga porque la mucosa gangrenada aplicándose en el agujero de la sonda lo obstruye.

En los cancerosos de la vejiga hay cistitis crónica banal, cistitis pseudo-gangrenosa acompañadas frecuentemente de hematurias, pequeñas y terminales al principio y persistentes y abundantes al fin de la evolución cancerosa; tacto prostático y cistoscopia aclaran el diagnóstico.

La bilharsiosis se distingue por la hematuria muy abundante, la presencia de huevos bilharzia y la cistoscopia que muestra numerosas pequeñas eminencias blancas, redondas, refringentes.

O. M.

Hemorragias genitales de la Menopausia SU DIAGNOSTICO

Por el Dr. César A. Leoni Iparraguirre

Las hemorragias genitales de la mujer en las inmediaciones de la menopausia o subsiguientemente a ella, tanto si tienen un carácter menorragico, vale decir, simple exageración de la normal hemorragia menstrual, o por el contrario, metrorragico, independientes del ciclo normal, constituyen en frecuentes oportunidades para el practico problema de difícil solución, que le exigen sagacidad y lo obligan a agotar el examen antes de rotular como sin importancia con plena tranquilidad de conciencia, a una hemorragia genital en la edad del *cáncer del útero*.

Procuraremos resumir en las líneas que siguen, los elementos diagnósticos de que se puede valer el médico, y pasaremos en revista los distintos procesos que pueden originar estas hemorragias.

El *interrogatorio* prolijo de la enferma tiene gran valor. Nos informaremos si ha entrado ya en la menopausia y luego de un período más o menos prolongado, ha presentado nuevamente pérdidas rojas. Estas *hemorragias genitales postmenopáusicas*, tienen grandes probabilidades de deberse a una neoplasia uterina, y salvo demostración en contrario, se imputarán a ese origen. Veremos luego qué otros estados pueden producirlas. Si, por el contrario, la enferma aun

conserva su ciclo menstrual, el problema es más complejo; el interrogatorio precisará si sus hemorragias son cíclicas y se ajustan a un cierto ritmo (menorragias), o si, por el contrario, carecen de periodicidad en absoluto, siendo independientes de las reglas (metrorragias). Las primeras responden en general a la insuficiencia ovárica propia de la menopausia, o a fibromas intersticiales, o también aparecen en las hipertensas; en cambio, las segundas pueden deberse a neoplasias del cuerpo y del cuello, a la hiperplasia glandular quística del endometrio, o pólipos o fibromas submucosos, etc. Recordaremos que la prolongación de las reglas más allá de los plazos normales (48-50 años) milita en favor del mioma. Cuando las metrorragias, aunque escasas, se presentan luego de pequeños traumatismos (lavajes, coito, etc.), son muy sospechosas de deberse a tejidos neoformados, que sangran al menor contacto.

El *aspecto de las pérdidas* podrá ser precisado por el interrogatorio y comprobado de visu por el médico. Francamente hemáticas y a veces con coágulos en los procesos benignos, están en cambio representadas por serosidad rosada, sanguinolenta, o por mezcla de pus y sangre en los neoplasmas, siendo en los casos avanzados fé-

tidas icorosas, por la infección y esfacelo superficial del tumor.

La *existencia de dolor* acusado por la enferma, se consigna en los miomas y en los carcinomas del útero y puede responder a variados mecanismos.

En el mioma el dolor se acentúa durante la menstruación, debido a la congestión y a los movimientos del útero. Es particularmente intenso en los miomas submucosos en vías de pedunculizarse. También el mioma duele al comprimir órganos vecinos, al encarcerarse, o al complicarse (infección, torsión, necrobiosis, degeneración, etc.)

En el carcinoma del cuello el dolor sólo aparece tardíamente, lo que es lamentable, pues resta probabilidades al diagnóstico precoz; la invasión por la neoformación o por los procesos inflamatorios subsidiarios, del celular pelviano, de los parametrios y de las paredes de la pelvis, con los nervios que allí transcurren determina intensas neuralgias. En cambio, en el cáncer del cuerpo pueden existir dolores relativamente precoces, en forma de cólicos, repetidos largo tiempo, a una determinada hora, todos los días (Simpson). Estos dolores traducen el esfuerzo del útero por librarse del cuerpo extraño tumoral que ocupa su cavidad. Análogo tipo de dolor pueden ocasionar los pólipos del cuerpo, frecuentes en la menopausia y hemorrágicos muchas veces.

Terminaremos el interrogatorio inquiriendo el *pasado genital de 2a enferma; la fecha de su menarquía, el número de em-*

barazos o la ausencia de los mismos, las infecciones ginecológicas que pueden haber existido, *su ritmo menstrual ordinario*, etc.; son elementos útiles que nos pueden ayudar en la interpretación causal de las hemorragias de la menopausia.

La pérdida de peso sufrida por la enferma, su apetito, sus fuerzas, serán también cuidadosamente consignadas.

, Pasaremos al examen general, para detenernos luego particularmente en el examen local de los órganos afectados.

No es raro que la enferma soporte sus hemorragias sin mayor desmedro del estado general. Pero la mayoría de las veces la palidez de piel y mucosas traduce la expoliación sanguínea que sufre. Esta palidez es a veces muy intensa en los miomas, y se matiza con ese indefinible tono pajizo en las enfermas que padecen de un carcinoma uterino. Será útil ordenar un recuento globular y dosaje de hemoglobina.

Será oportuno durante el examen general, comprobar el *estado cardíaco* (insuficiencia, hipertrofia del miocardio, etc.), así como la cifra de la *tensión arterial*.

Las cardiopatías descompensadas pueden dar menorragias por congestión pasiva, y la hipertensión arterial, frecuente en el climaterio, es muchas veces, eliminadas las causas restantes, responsable de las manifestaciones hemorrágicas que ocurren a esa altura de la vida.

El *examen ginecológico* ilustra a veces grandemente, **pero** en otras ocasiones se debe re-

currir a investigaciones complementarias para aclarar la etiología de la hemorragia.

El simple tacto vaginal permite el diagnóstico de las neoformaciones vaginales y del cuello uterino, así como el de los pólipos o de los fibromas submucosos pediculados, cuando "paridos" asoman a través del orificio del hocico de tenca; su combinación con la palpación abdominal da una apreciación del volumen del útero, que normalmente en la menopausia no escapa a la involución senil, presentándose pequeño y fibroso.

El tacto combinado nos muestra frecuentemente un aumento de volumen del útero, que puede deberse a diversos procesos hemorrágicos: mioma, pólipo, mioma submucoso, cáncer del cuerpo, hiperplasia glandular, etc. Sólo cuando la palpación nos demuestre la existencia de nódulos sobre el útero, que es irregular y abollonado, podremos afirmar el mioma. Recordemos también que en los cánceres avanzados, el útero queda fijado por los progresos de la neoplasia.

La inspección del cuello mediante el espéculo nos muestra los procesos que en él asientan.

El diagnóstico de un pólipo cervical o uterino, o de un fibroma submucoso "parido," es de una gran sencillez, por lo objetivo de la imagen, e ilumina suficientemente la causa de la hemorragia; no sucede así con el cáncer del cuello, que si en los casos en que está muy avanzado o es vegetante, impone también el diagnóstico a primera vista; en cambio, en sus comien-

zos, cuando es una pequeña ulceración, puede ser tomado por una simple erosión sin importancia. Debemos recordar que si reconocemos con una sonda la superficie ulcerada, ésta es dura y poco sangrante en la erosión; y en cambio, es friable, hundiéndose la punta de la sonda y sangrando fácilmente en el neo.

Schiller ha indicado un procedimiento interesante para el diagnóstico del neo incipiente del cervix. Se basa en que la mucosa normal que recubre vagina y cuello, rica en glicógeno, se tiñe intensamente de pardo oscuro, si se la embadurna con solución yodo-yodurada de Lugol. En cambio, el epitelio neoplásico, pobre en aquel elemento, no toma ese color, destacándose sobre las partes sanas intensamente teñidas. La torunda embebida en Lugol se dejará varios minutos en la vagina, antes de observar el resultado. Pero todo esto vale mucho menos que la biopsia, en los casos de duda, como luego veremos.

Hinselmann ha propuesto observar con aumento la superficie cervical sospechosa, mediante un aparato denominado colposcopio. Su empleo, como el del histeroscopio, con el que se observa la cavidad uterina, queda reservado para el especialista; además su empleo no reporta mayor beneficio.

También puede ser útil la histerometría, que nos denota el alargamiento del útero, frecuente en los miomas, y a veces nos permite notar sensaciones localizadas intrauterinas.

A esta altura del examen vemos ya que varios procesos nos pueden dar en la mujer en las inmediaciones de la menopausia el binomio: *hemorragias genitales y útero algo aumentado de volumen*. Discriminar a cual de ellos pertenece el caso que observamos, no es tarea fácil con los simples elementos de juicio que hemos enunciado. Debemos echar mano en estos casos dudosos de investigaciones complementarias, capaces en la gran mayoría de los casos, de aclamar la etiología de la hemorragia; estas investigaciones son: *el tacto intrauterino, la histerografía lipiodada y el curetaje uterino con biopsia*. El tacto **intrauterino** previa dilatación, **técnica** sencilla y práctica recomendada por A. Polloson, practicado a dedo desnudo, permite en no pocas ocasiones tener la sensación clara de un mioma submucoso o de un pólipo del endometrio, tumoraciones ambas pediculizadas en la cavidad uterina. Otras veces el dedo percibe un tumor friable y sangrante, que ocupa la cavidad, con lo que el diagnóstico de cáncer del endometrio puede presumirse.

La histerografía con lipiodol (que está contraindicado cuando hay marcada hemorragia o inflamación) da también muy útiles resultados mostrando a veces en forma intergiversable la existencia de un pólipo o de una zona neoplásica vegetante. Sin embargo las histerografías negativas no permiten rechazar de plano la hipótesis de un posible tumor, el que por su pequeño volumen o por la inciden-

cia de los Rayos X, puede escapar a este procedimiento de examen.

Vale mucho más como seguridad diagnóstica la biopsia de la mucosa sospechosa. La biopsia se hace directamente en los tumores o ulceraciones cervicales sospechosas; pero cuando debemos explorar por biopsia la naturaleza del endometrio, debemos de dilatar primero el cuello y luego proceder a un prudente raspado a cureta, con lo que extraemos el material para el examen del patólogo. Sólo se prescindirá del raspado durante la franca infección del endometrio, con retención de su pus (piometra) en la cavidad del órgano. No debemos olvidar que el curetaje debe de ser prudente, por el peligro de perforar un útero infiltrado por un tumor, infectado en muchos casos. En los miomas submucosos, rodeados de grandes senos venosos, puede el legrado determinar una hemorragia copiosa y difícil de cohibir. **Sin** embargo estos eventuales inconvenientes son evitables con una buena técnica, teniendo la "mano liviana" al raspar, tactando por así decirlo con la cuchilla, y recordando que el objeto de la intervención es solo obtener mucosa o elementos patológicos para su examen, y no proponerse percibir en todos los ámbitos del útero el crujido uterino.

El producto del raspado (trozos de mucosa, pólipos, etc.), se pone de inmediato en un frasco con solución de formol al 10 por ciento y se remite al patólogo. Entre nosotros los Institutos de Diagnóstico de Neopla-

sias creadas recientemente por la Municipalidad y dirigidos por los Proís. Mosto y Brachetto Brian, dan una rápida respuesta sobre el material enviado.

El raspado-biopsia permite el diagnóstico seguro de la *metropatía hemorrágica*, tan frecuente en la mujer de más de 40 años, con su imagen típica: hiperplasia glándulo-quística no funcionante del endometrio (Enf. de Brennecke Schroeder); de los *pólipos del endometrio* de las matronas, adenomas benignos originados en la capa basal y que dan metrorragias y ligero aumento del volumen del útero. El diagnóstico de *cáncer del cuerpo del útero*, o mejor dicho del endometrio, se realiza sin dar lugar a dudas. También ciertos raros tumores ováricos que se originan en la *granulosa del folículo* y segregan abundante foliculina, pueden determinar una hiperplasia glándulo-quística del endometrio con hemorragias por esfacelo superficial de la mucosa; pero en estos raros casos se agrega a la imagen microscópica del endometrio, la existencia de un tumor ovárico palpable. En el resto de los procesos que se acompañan de útero algo grande y sangrante (mioma submucoso, metrorragias del climaterio con útero grande, congestivo y escleroso, etc.), la mucosa tiene caracteres normales, propios del momento del ciclo por que atraviesa. A veces la cureta trae un trozo de sarcoma uterino o de mucosa endometrial tuberculosa. Se trata de diagnósticos de excepción.

El interés capital del raspado-biopsia reside en que nos permite un diagnóstico precoz del cáncer del endometrio, o nos lo descarta en absoluto, dándonos en no pocas ocasiones (metropatía hemorrágica, pólipos, metritis, etc.), con toda precisión el origen de la hemorragia.

Antes de ocuparnos de los distintos procesos que en las inmediaciones de la menopausia son capaces de dar merio o metrorragias, nos detendremos en el análisis de los muy frecuentes trastornos menstruales propios del climaterio, que traducen simplemente la insuficiencia del crepúsculo de su función.

La menopausia se instaura corrientemente en nuestra raza entre los 45 y 50 años, con un máximo a los 47 años; pero la cesación de las reglas no es brusca por lo general sino que transcurre un período de 1 a 2 años en el que se comprueban irregularidades menstruales; lo común es que en el comienzo las reglas se hagan más frecuentes y abundante (polhipermenorea); luego se tornan más raras, con intervalos mayores entre ellas. Son frecuentes las menorragias. A veces las pérdidas son irregulares, no ajustándose a ritmo, pareciendo metrorragias (metrorragias climáticas). Ese período es transitorio y pronto se instaura la amenorrea definitiva. El complejo síndrome de la menopausia acompaña estos trastornos: fenómenos vasomotores, oleadas de calor, palpitaciones, zumbidos de oído, sensaciones parastéticas, angustias, etc., etc.

Pero como regla general sentiremos la de que en las inmediaciones de la menopausia, en toda meno o metrorragia *el deber del médico es establecer con seguridad si las hemorragias no son debidas a alguna afección ginecológica* (el fantasma del cáncer no se apartará de su espíritu) *o si no responden a alguna causa general.*

No se imputará sin más ni más, a la cuenta de los desarreglos de la edad crítica, la hemorragia que nos trae a la enferma. Cuantas veces unas "gotas" prescritas para corregir esos presuntos desarreglos menstruales de la menopausia han permitido crecer "a la sordina" a un blastoma uterino, que pudo ser precozmente diagnosticado y tratado con éxito. *No se dispensará entonces el médico de hacer un prolijo y completo examen ginecológico general*, no trepidando, si palpa un útero aumentado de volumen, en echar mano de los tan eficaces recursos de examen complementario, que hoy nos brinda la clínica ginecológica.

El problema diagnóstico es distinto como ya lo hemos expresado, antes de la menopausia y después de la cesación de las reglas. El primer caso es más complejo. Enumeraremos brevemente, con algunas de sus características, las afecciones que pueden dar lugar a esas hemorragias.

A) HEMORRAGIAS DE LA MENOPAUSIA

1º Las que traducen la *agonía funcional del ciclo ovárico*, fe-

nómeno fisiológico sobre el que ya nos hemos extendido en los párrafos precedentes. Sólo descartadas por un buen examen general y local, las causas patológicas capaces de engendrar hemorragias a esa altura de la vida, aceptaremos este origen.

29—Las debidas a *causas generales*; en especial encontramos aquí la *hipertensión* que acompañándose muchas veces de esclerosis vascular, explica en no pocas ocasiones, la existencia de pérdidas abundantes de tipo menorragico. No es raro que en estas hipertensas el útero se presente algo aumentado de volumen, liso, regular y de mayor consistencia (útero escleroso y congestivo), planeando problema diagnóstico con el fibromioma especialmente. El tacto intrauterino y la histerografía solventarán corrientemente las dudas. *La insuficiencia cardíaca* (hipo y asistolia) así como la *insuficiencia hepática* y *fc.fipatorenal* con sus signos generales propios, son capaces de determinar meno y metrorragias por híperhemia pasiva o por transtornos de la crisis sanguínea.

3º Los *miomas o fibromiomas* constituyen un importante factor de las hemorragias en las inmediaciones de la menopausia. Como regla general recordaremos que toda mujer que continúa menstruando pasados los límites normales de la menopausia (48 a 50 años) es muy posible que presente un fibroma. Por otra parte, una vez extinguido el ciclo ovárico, el útero miomatoso deja de sangrar. Los *miomas intersticiales* originan

menstruaciones prolongadas (menorragias), debido a que perturban mecánicamente la hemostasis fisiológica, al obstaculizar la eficaz contracción del miometrio. En cambio los *miomas submucosos*, máxime si tienen tendencia a pediculizarse en el interior de la cavidad uterina, *dan hemorragias irregulares, no ritmadas* (metrorragias) debidas a desgarros capsulares submucosas, con consecutiva hemorragia, a infarto del mioma, a necrosis por compresión, de la mucosa que lo recubre con ulceración y Hemorragia subsiguiente y, cuando el mioma pediculado es "parido," a la infección (endometritis ascendente) que complica los fenómenos trombóticos de origen mecánico-inflamatorio.

En estos casos el útero sangrante es grande y abollonado (miomas subserosos e intersticiales y su cavidad está alargada a la histerometria; pero cuando el mioma o los miomas son exclusivamente submucosos, el útero, aunque grande, es regular y liso, siendo difícil de diagnosticar el origen miomatoso de la hemorragia, a menos que el mioma pediculado asome por el hocico de tenca, o que lo descubramos por el tacto intrauterino o la histerografía lipiodada. Lo mismo el raspado explorador prudente (riesgo de hemorragia capsular), permite a veces descubrir el tumor que proemina en la cavidad, y nos proporciona mucosa sin caracteres típicos de neoplasia o de metropatía hemorrágica con la que descartamos estas afecciones. La mucosa en el mioma

submucoso es baja e inflamada a veces; otras, presenta los signos de una fase normal.

4^a? *La metropatía hemorrágica* o enfermedad de Brennecke-Schoroeder, es debida a la persistencia de un folículo, el que al no estallar, no da lugar a la fase luteínica del ciclo. Continúa pues indefinidamente la fase folicular del ciclo, *con una proliferación excesiva de la mucosa uterina*, la que a la larga, irrigada, se necrosa y elimina por partes originando metrorragias irregulares y prolongadas. Esta metrorragia funcional, aparece con particular frecuencia de los 40 a los 50 años (60% de los casos, estadística de Runge). Puede precederse de una breve amenorrea, durante la cual se constituye el quiste folicular. Otras, coincide el comienzo de la hemorragia, con la fecha de la menstruación esperada, pero luego se prolonga semanas o meses, por eliminarse irregularmente la mucosa hiperproliferada. La clínica es pobre; sólo muestra un útero algo aumentado de volumen, con el hocico de tenca lívido y el cuello algo dilatado. La diferenciación con otros procesos (pólipo, fibroma submucoso, neo, etc.), es difícil, pero el medio diagnóstico soberano es el *raspadobiopsia*, que nos muestra en muchos casos la imagen típica de *hiperplasia glandular quística del endometrio*. Pero a veces, cuando la mucosa se ha eliminado ya en gran parte, la imagen es de interpretación más difícil, por el predominio de las partes necrosadas.

5° *El cáncer del útero*; desde ya diremos que el cáncer del cuerpo, o mejor dicho, del endometrio, es muy raro antes de los 50 años, mientras la capa funcional del endometrio se renueva periódicamente con las menstruaciones. Lo encontramos pues en el grupo que sigue: hemorragias postmenopáusicas. En cambio *el cáncer del cuello* mucho más frecuente que el anterior, predomina francamente entre los 40 y los 50 años, hacia el final de la actividad genital fisiológica. Afecta preferentemente a las multíparas (sólo un 5 % de los casos ocurre en nulíparas) y su diagnóstico es fácil en los casos avanzados: pequeñas hemorragias de origen mecánico; flujo fétido; al tacto tumor vegetante o ulcerado del cervix, friable y sangrante; su hallazgo se confirma con la inspección. En cambio al comienzo puede ser difícil de diferenciar de una ulceración o erosión simple. Ya nos referimos a este diagnóstico (consistencia, prueba del Iugol de Schiller, etc.), pero el recurso seguro es la *biopsia*, que nos da absoluta precisión.

69 *Los pólipos*, particularmente los nacidos en la mucosa del cuerpo uterino, hacia su capa basal, son frecuentes en los alrededores de la menopausia. Al comienzo no dan hemorragia, pero al crecer y pediculizarse, sufren trastornos nutritivos

vasculares y se ulceran o esfacelan, sangrando en forma irregular, muy abundante a veces. El diagnóstico es fácil cuando el pólipo, sea cervical, o del endometrio, pero "parido," se ve en el examen con el espéculo. Otras veces se toca con el tacto intrauterino; pero en los casos no claros del útero grande y sangrante, sólo la histerografía o mejor el raspado-biopsia mostrarán el origen poliposo de la hemorragia.

7? *La endometritis senil* así como la *esclerosis uterina* (miofibrosis úteri de los alemanes) de las grandes multíparas, pueden provocar hemorragias en las inmediaciones de la menopausia, de tipo menorrágico. Muy raramente la *tuberculosis del endometrio* (excepcional en las mujeres de edad) o el *sarcoma del útero* son la causa de pérdidas sangrantes.

B) HEMORRAGIAS DESPUÉS DE LA MENOPAUSIA.

El problema diagnóstico es sencillo por ser reducido el número de procesos que las puedan motivar.

1? *Cáncer del útero* y en especial el del endometrio que como ya dijimos es el cáncer de las mujeres viejas, o mejor dicho, *de las que ya no menstrúan*. El rápido esfacelo del tumor da hemorragias irregulares, flujo pio-hemático, frecuentemente fétido, icoroso, por infección y necrosis. Estos solos signos en una mujer que no menstruaba, son por demás característicos. El útero, aumentado de volumen

y con el cuello algo entreabierto, puede almacenar pus (piometria) al taponarse por el crecimiento exofítico del blastoma. El raspado-biopsia, de rigor en toda hemorragia post-menopausia, nos dará el diagnóstico certero del neo del endometrio, o lo descartará, pero en este caso, conviene repetir a los 15 o 20 días el raspado, para eliminar en absoluto al tumor maligno, que es la gran causa de estas hemorragias. La histerografía, método elegante, es menos preciso en sus conclusiones, y arriesga infectar por vía de las trompas el peritoneo.

2<? *Ciertos tumores del ovario* que producen hormona folicular, denominados tumores a células granulosas, de estructura folicular, pueden, después de la menopausia, por vía hormonal, determinar una *reviviscencia del endometrio*, ya funcionalmente muerto al extinguirse el ciclo ovárico.

El endometrio prolifera y sangra, en forma análoga a la descrita en la metropatía hemorrágica, y con iguales caracteres microscópicos: hiperplasia glandular quística; en estos casos, el raspado-biopsia y la palpación de un tumor ovárico, define el diagnóstico.

39 Los *pólipos del cuerpo* (adenoma de las matronas) y la *metritis y colpitis senil* pueden dar también hemorragias post-menopáusicas. Su diagnóstico se basa en los datos consignados anteriormente. . .

A pesar de todo lo dicho, la etiopatogenia de ciertas hemorragias pre y postmenopáusicas, no puede ser aclarada (5 a 8% de los casos, según Runge), pese a todos los recursos puestos en *i* juego. Una estrecha vigilancia clínica será establecida, y si la enferma desmejora, y la sospecha de un tumor crece, quizás convenga sin más, extirpar el útero.

—De *El Día Médico*—

Lo que el Médico na debe Hacer

Laringitis sifilítica

- NO combatáis -mucho tiempo una ronquera sin aplicar el laringoscopio.
- NO apliquéis ningún tratamiento en la laringitis crónica sin haber eliminado la idea de la sífilis, tuberculosis y cáncer.
- NO retardéis mucho el tratamiento anti-sifilítico; si es tardío, es inútil.
- NO olvidéis que el yoduro de potasio, si bien es eficaz, es muy peligroso.
- NO descuidéis a Vuestro enfermo; estad siempre preparados para una traqueotomía de urgencia.
- NO esperéis el último momento para hacer la traqueotomía.

Laringitis estridulosa.

- NO confundáis la laringitis estridulosa, que generalmente estalla en la noche, es apirética y comienza por un acceso de sofocación, con la difteria, que tiene caracteres absolutamente opuestos. En la duda, inyectad el suero.
- NO dejéis de hacer el tratamiento preventivo eficaz, que consiste en operar las adenoides y las amígdalas.
- NO olvidéis que la adrenalina puede hacer abortar la crisis; usad el aceite al 1 % en instilación.

Laringitis tuberculosa,

- NO esperéis que aparezca, cuando atendáis **un tuberculoso**

pulmonar; examinad frecuentemente la laringe.

- NO olvidéis que la tuberculosis, en tesis general, tarda años en provocar lesiones, que el cáncer produce en meses y la goma sifilítica en semanas.
- NO consideréis siempre como tuberculosas las ulceraciones laríngeas que aparecen en los tuberculosos.
- NO hagáis pronóstico benigno de la tuberculosis pulmonar, porque la laringitis mejore o cure, ni de la tuberculosis laríngea, porque la pulmonar evolucione favorablemente.
- NO olvidéis que la laringitis tuberculosa cura a veces espontáneamente.
- NO sobrepongáis el tratamiento local al general.
- NO hagáis tratamiento local muy agresivo.
- NO impongáis silencio absoluto; prohibid solamente que el enfermo hable en voz alta.
- NO hagáis tratamiento local sino en los enfermos de buen estado general, apiréticos y sin grandes lesiones pulmonares.
- NO abuséis de las pociones calmantes, que arruinan el estómago.
- NO prescribáis curas sulfurosas ni permanencia a la orilla del mar.
- NO dejéis de hacer la galvanocauterización de las úlceras.
- NO retardéis la traqueotomía

- en cuanto la dispnea sea intensa.
- NO apliquéis la anestesia general, que por, la sofocación que provoca, os obliga a operar violentamente. Se debe operar serenamente para impedir la entrada de la sangre a los bronquios, que provoca infecciones peligrosas.
- NO hagáis la traqueotomía en la tisis avanzada, salvo amenaza inmediata de asfixia.
- NO prescribáis jamás un tratamiento termal.
- NO persistáis, en la gálvano-cauterización si el enfermo agrava.
- NO dejéis de hacer la alcoholización del nervio laríngeo superior cuando los dolores sean muy intensos.

Laringitis edematosa.

- NO olvidéis que a veces esta enfermedad toma un carácter violento y que, "aunque excepcionalmente, debéis estar preparados para emplear el tratamiento quirúrgico.
- NO olvidéis que los edemas bilaterales y los de los bríhticos y alcohólicos son de un pronóstico gravísimo.
- NO la confundáis con el absceso laríngeo.
- NO apliquéis revulsivos al nivel de la cara anterior del cuello; podéis tener necesidad de operar y lo haríais sobre una piel infectada o infectable.
- NO descuidéis la tos, sobre todo si provoca espasmo laríngeo; aplicad morfina si no está contraindicada.
- NO hagáis la traqueotomía muy precozmente, salvo indicación especial.
- NO hagáis el entubamiento si no poseéis a conciencia su técnica.
- NO hagáis la traqueotomía verdadera en los casos agudos; reservadla para las laringitis ulcerosas, cáncer, tuberculosis, etc.
- NO apliquéis nunca la anestesia general al hacer la traqueotomía.
- NO permitáis la sal en los edemas infecciosos de los bríhticos. alcohólicos y cardiópatas.
- NO dejéis de hacer incisiones rápidas y profundas cié los focos edematosos vecinos.
- NO dejéis de evacuar y desinfectar el intestino en los edemas angioneuróticos y en los causados por la urticaria.

Lactancia

- NO permitáis que dé el pecho a su hijo una mujer que padece de tuberculosis pulmonar en plena evolución: de cardiopatía mal compensada; de nefritis con edema y azotemia; de afección grave del hígado, estómago o sistema nervioso, diabetes grave o neoplasia maligna.
- NO permitáis a la nodriza los alimentos que le dan mal gusto a la leche; ajo, cebolla; o causan diarrea a los niños, col, coliflor.

- NO uséis exclusivamente la harina lacteada, que puede provocar trastornos dispépticos y escorbuto.
- NO permitáis que una madre gotosa se sobrealimente durante la lactancia.
- NO permitáis el destete en el verano.
- NO permitáis que una mujer alcohólica nutra a un niño.
- NO permitáis que la nodriza tome mucho café, té o chocolate.
- NO dejéis de dar jugo de frutas a los niños alimentados artificialmente.
- NO dejéis de hervir la leche de vaca, aun en caso de escorbuto.
- NO olvidéis que la leche de cabra no es soportada por muchos niños en los que provoca anemia de tipo leucémico; puede, además, transmitir la fiebre de Malta.
- NO empleéis jamás leche condensada no azucarada.
- NO permitáis que se dé a un niño leche condensada de una caja que ha estado abierta más de 36 horas.
- NO prescribáis la leche homogeneizada, largo tiempo ni exclusivamente.
- NO abuséis del Kéfir, que decalcifica a los niños tiernos.
- NO confundáis la leucemia mieloide el exudado pleural, que es constante, y en el que hay mielocitos en la misma proporción que en la sangre.
- NO confundáis la leucemia con las metástasis cancerosas, los granulomas y las linfo-sarcomatosis, en lo que la sangre no da datos suficientes para hacer el diagnóstico.
- NO olvidéis que los tumores malignos del mediastino, lo mismo que las masas leucémicas, pueden invadir todos los órganos vecinos, tomando un aspecto igual en las preparaciones radiográficas.
- NO olvidéis que la fórmula globular en las reacciones linfáticas intensas, es muy semejante a la de la leucemia.
- NO dejéis de pensar en la leucemia, siempre que haya hemorragias en las mucosas, y en la piel.
- NO eliminéis la idea de una leucemia porque el enfermo sufra una infección; leucemia e infección pueden coexistir en los casos agudos.
- NO olvidéis que la leucemia, en la forma crónica, puede ser tomada por una tuberculosis.
- NO confundáis la leucemia con la enfermedad de Mikulicz.
- NO intentéis detener la marcha de la leucemia por la extirpación del bazo que es muy grave o por la de los ganglios linfáticos.
- NO hagáis la extirpación de las amígdalas en los leucémi-

Leucemia.

- NO confundáis la esplenomegalia de la leucemia mieloide con la de otras afecciones; en aquella no hay ascitis, ictericia, ni hipertrofia de los ganglios.
- NO dejéis de buscar en la leu-

- cos; provoca hemorragias muy graves.
- NO apliquéis los rayos X si agravan el estado general del enfermo, si provocan fiebre, diarrea y agotamiento, o si disminuyen rápidamente los leucocitos, la hemoglobina y los glóbulos rojos.
- NO olvidéis que. la radioterapia no impide la recidiva; repetid las sesiones periódicamente.
- NO deis pequeñas dosis de arsénico, que, suficientes en la anemia, son inútiles en la leucemia..

Lumbago.

- NO dejéis de pensar en la gota cuando el lumbago es rebelde al salicilato.
- NO olvidéis que, debido a un mal examen, muy frecuentemente se toman por padecimientos renales los de pared, y viceversa.
- NO olvidéis que el movimiento, aun en los padecimientos renales más graves, no provoca dolores tan intensos como el lumbago y que aquellos casi siempre están acompañados de trastornos en la orina.
- NO dejéis de examinar detenidamente la columna vertebral de un niño que se queja de dolores lumbares; el dolor localizado en un punto y la rigidez de la columna, imponen el diagnóstico de Mal de Pott.
- NO diagnosticuéis lumbago si el dolor lumbar está acompañado de malestar y dolores
- generales; pensad en una enfermedad infecciosa. NO olvidéis la meningitis, si a estos síntomas se agrega la rigidez de la nuca. NO dejéis nunca de ver y tocar el punto dolorido, , , .

Luxación del cristalino.

- NO dejéis de pensar, en ella cuando veáis un iris que tiembla.
- NO pongáis atropina, salvo que haya iritis.
- NO olvidéis que la luxación es incurable y que puede provocar un glaucoma que necesita pilocarpina y operación.

Mal de Pott.

- NO dejéis de examinar la columna vertebral de los niños que se quejan de lumbago.
- NO excluyáis la lesión medular porque no hay deformación del raquis;- la mayor parte de aquellas lesiones es de origen inflamatorio.
- NO confundáis el mal de Pott tuberculoso con la gibosidad semejante que provocan algunos traumatismos.
- NO olvidéis que la sífilis puede provocar lesiones semejantes a las del Mal de Pott.
- NO hagáis nunca la punción raquídea.

Mastitis.

- NO la confundáis con el cáncer; los tumores de apariencia más benigna, pueden ser cancerosos.

NO olvidéis que la mastitis aguda puede aparecer aún en la vejez, y que a veces se le confunde con el cáncer.

Mastoiditis.

NO olvidéis que puede existir sin que haya habido supuración de la caja.

NO operéis sólo porque existe dolor mastoideo, que se presenta también al comenzar la otitis.

Melena.

NO toméis por melena de los recién nacidos la pequeña cantidad de sangre que aparece en las heces, y que procede de las grietas del seno de la madre o de la nodriza.

NO consideréis positiva la reacción, en caso de que el enfermo haya ingerido carne en los últimos tres días.

NO olvidéis que los feculentos, los hongos y las espinacas dan reacciones iguales a las de la sangre.

Meningitis.

NO paséis inadvertida la aparición de la cefalea, vómitos y anorexia en los individuos que padecen de una afección ótica o de una infección general.

NO olvidéis que la anorexia es uno de los síntomas más precoces de la meningitis tuberculosa.

NO dejéis de pensar en la meningitis tuberculosa cuando

no encontréis la causa, y cuando los trastornos digestivos y del espíritu sean de larga duración.

NO hagáis la punción lumbar si no estáis seguros de que no hay tumor.

NO olvidéis que la uremia y el delirium tremens pueden provocar síntomas delirantes parecidos a los de la meningitis. Los antecedentes y el examen de la orina ayudan a hacer el diagnóstico.

NO olvidéis que la meningitis tuberculosa se localiza de preferencia en la base.

NO dejéis de hacer la punción cerebral y raquídea y el examen del líquido de los enfermos atacados de meningismo; es un método valioso de diagnóstico y tratamiento.

NO dejéis de sangrar; no hacéis ningún mal, y podéis hacer un bien.

NO olvidéis el tratamiento antihelmíntico, en los niños.

NO olvidéis la declaración, el aislamiento y la desinfección.

Meningitis epidémica.

NO olvidéis que múltiples enfermedades provocan fenómenos de irritación meníngea.

NO olvidéis que, en muchos casos, la meningitis epidémica puede evolucionar sin que aparezca un solo signo de meningitis.

Miocarditis.

- NO dejéis de diagnosticarla cuando en el curso de una enfermedad infecciosa aparezcan taquiarritmia, pulso débil y dispnea.
- NO recurráis a la digital, pero no deis dosis elevadas de estos medicamentos.
- NO deis quinina, y mucho menos por vía endovenosa, si el miocardio está muy débil.
- NO olvidéis que la endocarditis y la pericarditis se complican frecuentemente con miocarditis.

Mixedema.

- NO hagáis una terapéutica demasiado activa con la tiroidina, que provoca agitación, taquicardia, síncope, convulsiones.
- NO permitáis que el peso caiga muy bruscamente.

Nefropatías.

- NO dejéis de buscar sistemáticamente las afecciones renales después de las gran-

des infecciones y en el curso de ellas.

- NO dejéis de investigar el estado del riñón siempre que comencéis el tratamiento de una enfermedad.
- NO os conforméis con un sólo examen de orina en el curso de una enfermedad prolongada.
- NO hagáis sólo el examen de la orina total de las 24 horas; hacedlo aisladamente a distintas horas del día.
- NO dejéis de examinar la próstata en los enfermos azotémicos; la azotemia puede ser debida a la hipertrofia de glándula.
- NO diagnosticuéis nefritis en un proceso renal agudo, si la orina contiene albúmina, cilindros, glóbulos blancos y epitelio renal, pero no presenta glóbulos rojos.
- NO olvidéis que el reumatismo poliarticular puede provocar una nefritis, y que debéis combatirlo enérgicamente antes de que el riñón esté lesionado.
- NO creáis que toda nefritis en un sífilítico es necesariamente de origen sífilítica.

- NO descuidéis el tratamiento de la amigdalitis, que muy frecuentemente provocan ataques de nefritis.
- NO olvidéis que en la nefritis gravídica no hay hipertensión ni hipertrofia cardíaca, al revés de lo que pasa en las lesiones renales crónicas independientes del embarazo.
- NO paséis inadvertida la descompensación de los padecimientos renales, que, cuando es de forma cardíaca, se inicia con oliguria ortostática y nicturia que pueden ser atribuidas a prostatismo, sobre todo si hay tenesmo.
- NO olvidéis que el primer síntoma de descompensación de la forma renal es la insuficiencia del riñón con un régimen ordinario.
- NO olvidéis que la piorrea alveolar puede producir ataques de nefritis.
- NO esperéis la curación de un riñón gravídico mientras dure el embarazo.
- NO prohibáis a una mujer el embarazo porque en el curso de uno anterior haya sufrido un padecimiento renal que pudo haber sido gravídico.
- NO interrumpáis un embarazo porque haya riñón gravídico, salvo que el parto esté muy lejos, que haya retinitis o aparezca la uremia.
- NO prescribáis mucha leche y agua en el período de compensación de las lesiones crónicas.
- NO prohibáis los huevos en la descompensación renal, si no hay hipersensibilidad para los albuminoides.
- NO impongáis a ciegas un régimen lácteo exclusivo. Determinar estrictamente la eliminación del agua y los cloruros y proceded en consecuencia.
- NO creáis que las carnes blancas son menos nocivas que las rojas.
- NO confiéis mucho en el tratamiento diurético en el período de crecimiento de los edemas.
- NO olvidéis prescribir el reposo absoluto en las nefritis agudas.
- NO deis medicamentos tóxicos en las nefropatías; las sustancias más inofensivas en apariencia, obstruyen el riñón, cuando lo más urgente es mantenerlo íntegro.
- NO apliquéis vesicatorios, sinapismos, o suero antiestreptocócico.
- NO inyectéis suero antidiftérico sino después de haberos convencido de la resistencia del enfermo.
- NO inyectéis suero artificial, salvo en las hematurias coléricas e hidrargíricas.
- NO olvidéis la desinfección escrupulosa de boca y garganta en la nefritis aguda.
- NO permitáis los viajes largos ni la vida a la orilla del mar.
- NO combatáis las epistaxis ligeras de las nefritis hipertensivas.
- NO deis más de 3/4 de litro de líquido en los anúricos edematosos, ,,-.,

- NO deis más de 2 litros de leche en la nefritis aguda.
- NO reduzcáis la ingestión de líquidos cuando haya hipertensión sin insuficiencia renal.
- NO deis muchos líquidos si su eliminación no es perfecta.
- NO deis mucho líquido ni aguas minerales si hay dolores fuertes del riñón.
- NO suprimáis la sal en el período de compensación de la nefritis azotémica. Podéis dar de 2 a 4 gramos.
- NO deis sal más de 15 días al mes ni carne más de 2 veces a la semana en el período de intoxicación lenta de la nefritis azotémica.
- NO deis mucho líquido en la nefritis clorurémica con grandes edemas.
- NO hagáis opoterapia en las anurias recientes.
- NO hagáis opoterapia con glándula fresca; corréis el peligro de una intoxicación y de una infección tuberculosa.
- NO deis grandes dosis de teobromina en la nefritis aguda.
- NO olvidéis que la diuretina provoca colapsos; preferid la teobromina en los casos en que aquélla esté indicada.
- NO prescribáis calomel en la nefritis aguda.
- NO prescribáis cloruro de calcio en la nefritis clorurémica con edemas ligeros, si el aparato cardiovascular no está sano.
- NO prescribáis la pilocarpina en la nefritis aguda, salvo con muchas precauciones, en los adultos vigorosos.
- NO prescribáis precozmente los diuréticos en la anuria.
- NO prescribáis aguas muy mineralizadas, bálsamos, ni santal en la piuria.
- NO deis adonis si hay hipertensión, salvo cuando el miocardio esté fatigado.
- NO hagáis punción de los edemas en las nefritis crónicas con hipertensión.
- NO deis opio.
- NO apliquéis morfina en la angina de pecho consecutiva a la nefritis hipertensiva.
- NO prescribáis yodo a los arterioesclerosos sin estar seguros de que no hay esclerosis renal.

Dr. Ricardo D. Alduvín.

(Continuará).

Aguja para la localización de cuerpos extraños en la práctica de accidentes del trabajo

*Comunicación a la 11 Asamblea de la Sociedad
Español de Medicina y del Trabajo*

por *LUIS*

RAMALLAL

Médico de la Clínica del Trabajo

La extracción de los cuerpos extraños adquiridos en el trabajo asegurado, constituye un capítulo aparte en el tratamiento de los cuerpos extraños de la práctica general. Ordinariamente, todo obrero en cuyo antebrazo o pierna, como acontece lo mas a menudo, ha penetrado una rebaba, un fragmento, etc., de un objeto pide que se le extraiga, aunque no le ocasione molestias; esta conducta del obrero no es debida tanto al temor de que el cuerpo extraño alojado pueda dar lugar ulteriormente a algunas molestias o complicaciones, de lo cual le solemos disuadir cuando es factible, como a que teme encontrarse desamparado o dificultado en el ejercicio de sus derechos en el caso posible de un nuevo accidente recaído en el mismo miembro; los trastornos funcionales resultantes de este último podrían ser achacados a dicho cuerpo extraño y, por lo tanto, el médico del seguro podría rechazar la responsabilidad del nuevo accidente. Sea o no justa esta opinión del obrero, lo cierto es que, en general, prefiere que se le extirpe, y cuando esto no se hace de grado, es posible que llegue a simular do-

lores u otras molestias, hasta conseguirlo.

En la Clínica del Trabajo, a donde llegan generalmente los obreros tardíamente, con el orificio de entrada ya cicatrizado y a menudo con cicatrices de anteriores tentativas de extracción, hemos comprobado el fracaso de todos los métodos de localización descritos hasta ahora, tanto de los basados en el desplazamiento relativo de las imágenes radiológicas al mover el tubo de rayos X como del basado en el arponeamiento previo con agujas (PERTHES).

El primer procedimiento, descrito por PURSTENAU, es de una exactitud teórica tan grande como se quiera, pero en la práctica es difícil trasladar al vivo las dimensiones teóricas obtenidas mediante la radiografía, existiendo un error de apreciación, que, si es despreciable cuando se trata de cuerpos grandes en que el tacto puede ayudar, no lo es en cambio cuando son diminutos fragmentos. Este defecto de falta de exactitud real lo tienen todos los métodos basados en el mismo principio del desplazamiento de las imágenes; pero el método de PURSTENAU tiene, además, el

defecto de indicar solamente en cada radiografía un plano determinado, puesto que sólo indica la distancia del cuerpo extraño a las placas. Son, pues., necesarias tres proyecciones — en cada una de las cuales habrá dos exposiciones en distinta posición del tubo — puesto que es principio fundamental de geometría del espacio que un punto sólo es determinable por la intersección de tres planos. Es un método útil cuando se trata de determinar la situación de un proyectil en una gran cavidad, por ejemplo, en cirugía de guerra, pero es inadecuada para nuestros propósitos.

En cuanto al procedimiento del arponeamiento propuesto por PERTHES es mucho más sencillo. Consiste en buscar bajo la pantalla el cuerpo extraño mediante agujas que se clavan en los tejidos y que después quedan como referencia para buscarlo en el momento, constituye un error la introducción de las agujas en dirección oblicua con relación a los rayos, en vez de hacerlo paralelamente.

Por este motivo yo he mandado construir una aguja que, sin necesidad de dar más que un sólo pinchazo, resuelve estas dificultades de un modo brillante. Es una aguja de 13 cm. de longitud con dos engrosamientos a modo de cabezas, redondos, de tres milímetros de diámetro, colocados, uno de ellos en un extremo y el otro cerca de su parte media. El fundamento de su empleo es el mis-

mo que el de la puntería en el fusil: dados dos puntos de mira que determinan una recta, hacer que un tercer punto (el cuerpo extraño) caiga en la dirección de esta recta. Para facilitar el manejo y evitar que la sombra de las falanges del operador estorben la visibilidad de los dos puntos de mira al coger la aguja, ésta lleva encima del engrasamiento central un disco de corcho maciso de 1 cm. de diámetro, transparente a los rayos X, que sirven para coger la aguja.

Técnica:

Hechas las radiografías en dos proyecciones, que aseguran el diagnóstico al medio por cien. Creemos que la infiltración, lejos de enmascarar el campo, facilita la busca del cuerpo extraño porque afloja y esponja las estructuras tisulares y hace más fácil la disección y la busca del cuerpo.

Después, bajo la pantalla, se busca el punto de la piel más cercano al cuerpo extraño y, en el caso de ser aquí donde haya de incidirse, *lejos de este sitio*, a unos dos o tres centímetros, se introduce la punta de la aguja en la piel. Entonces se hacen coincidir las tres sombras — cuerpo extraño y las dos cabezas de la aguja— y se introduce profundamente sin desviarla, cuidando de cogerla entre el pulgar y el índice por su disco de corcho. Todo esto ha de hacerse diafragmando estrecha-

mente. Introducida profundamente la aguja y comprobado que realmente coinciden las tres sombras, se gira el miembro hasta que la aguja tenga una dirección aproximadamente perpendicular a los rayos y se mire, *diafragmando*, a ver si la punta de la aguja coincide con el cuerpo extraño, le ha pasado o no ha llegado todavía a él. En el primer caso, la localización está concluida; en el segundo, se retirará sin más la aguja hasta obtener tal coincidencia; finalmente, en el tercer caso, habrá que volver a la posición primitiva, enfocar de nuevo las tres sombras y, en esta posición, hundir más profundamente la aguja; después se comprobará en la proyección lateral si se ha profundizado suficientemente.

De esta forma con un sólo pinchazo y en muy breve tiempo se tendrá un punto de referencia preciso: *la -punta de la aguja*.

Después se irá a la operación haciendo la incisión en el sitio que más convenga, pero *lejos de la aguja*, siguiendo, a ser posible, una vía anatómica hacia su punta, bien determinable por la profundidad a que está clavada y la dirección que lleva.

En la introducción de la aguja debe de tenerse en cuenta la situación topográfica de los órganos importantes.

Siguiendo exactamente esta técnica, *no teniendo prisa*, se pueden extraer en breve tiempo diminutos cuerpecillos enclavados en la profundidad de las masas musculares haciendo escasos destrozos.

Creemos que este procedimiento, que ha sido convalidado en la Clínica del Trabajo, debe ser publicado, porque su sencillez y eficacia permiten extraer casi todos los cuerpos extraños que penetran durante el trabajo, los cuales, por su reducido tamaño serían difícilmente, o en modo alguno, extraídos. El Dr. BORDONA, con quien he colaborado en el mejoramiento de la técnica —en cuya colaboración ciertamente más bien me ha correspondido el papel de quien aprende— va a recoger en un trabajo de conjunto la experiencia sobre cuerpos extraños existentes en la Clínica del Trabajo, y cree que esta experiencia le permite afirmar que este nuevo procedimiento constituya una evidente mejoría en la técnica de la extracción de cuerpos extraños en la práctica de accidentes del trabajo.

Errores de técnica:

1? Introducir la aguja sin anestesiar previamente. El dolor hace incómoda la perfecta localización bajo la pantalla.

2? Comenzar la operación sin estar el cuerpo extraño perfectamente localizado, esto es, sin estar coincidiendo con la punta de la aguja.

3? Hacer la incisión en el sitio donde está clavada la aguja. En esta forma la estabilidad disminuye, se toca o mueve con los instrumentos y se desplaza, con lo que se pierde el punto de referencia.

—De *Anales de Valencia*.—

Blenorragia. Tratamiento Curativo

E. Tant: *¿Cuál es el mejor tratamiento de la blenorragia aguda?* (Bruxelles Medical, 24 de noviembre de 1935) ... El autor, después de haber comparado los resultados por él obtenidos con los de P. Barbellión y de otros urólogos, expone el método que emplea y los resultados obtenidos durante los últimos veinte años.

I. DEJAR FLUIR?

A) *Dejar fluir sin diuréticos:* a) déjese fluir: 90 por 100 de los enfermos no han curado ni al cabo de tres meses;

b) déjese fluir seguido de lavado.

De 20 enfermos de P. Barbellión, no había curado ninguno después de un mes y medio de dejar fluir, 18 enfermos curaron después de 10 a 20 lavados, 2 necesitaron 30 lavados.

En 34 enfermos, después de veintiún días de dejar fluir, el autor obtuvo la curación mediante 12 a 15 lavados en 19 casos; por 16 a 20 lavados en 6 casos, y por más de 25 lavados en 9 casos.

B) *Dejar fluir con diuréticos:* Los resultados son los mismos que en los casos tratados sin diuréticos.

Conclusión: Peligro de complicación especialmente en los enfermos imprudentes. Duración mínima: 33 a 36 días.

II. BALSÁMICOS

A) *Sándalo por vía bucal.* Se han utilizado diferentes marcas. Las dosis diarias han sido de

diez a doce cápsulas.

5 a 15 por 100 de curaciones, en un mes.

5 a 10 por 100 de curaciones en dos meses.

A los enfermos en los cuales el tratamiento por el sándalo había fracasado después de 2 meses, se les trató con lavados. Se obtuvo la curación con veinte a treinta lavados por término medio.

B) *Sándalo por vía intramuscular,* 2 c. c. de solución oleosa de santalol al 30 por 100 cada dos días: El mismo resultado que el sándalo por vía oral, pero tiene el inconveniente de las inyecciones.

C) *Sándalo en inyección uretral.* Inyecciones de solución oleosa de santalol en la uretra: es mal soportada.

III. SUEROTERAPIA LOCAL

Inyecciones uretrales de suero antígonocócico. P. Barbellión ha tratado a 20 enfermos con este método y ha notado después de un mes, veinte fracasos.

Maringer registra solamente 33 por 100 de fracasos, pero combina este método con un lavado diario con permanganato.

Frigaux, en 19 casos, tratados desde el principio, ha conseguido dos curaciones. El *bacteriófago* y la *antivirustherapie* no han demostrado la menor eficacia.

IV. VACUNOTERAPIA

1) *Vacunoterapia local.* Inyecciones uretrales de vacunas co-

loidomicrobianas.

P. Barbellion obtuvo algunos resultados interesantes, pero el número de las complicaciones era tan elevado, que abandonó este método.

Wolfrohm, en 5 casos tratados desde el comienzo, tuvo cinco fracasos.

2<? *Vacunoterapia general.*

A. *Vacunas solas*

P. Barbellion en algunos casos de blenorragia reciente, aplicó 3-30 inyecciones de vacuna (stock—o autovacuna) cada dos días y obtuvo 80 por 100 de fracasos (uno a dos meses de tratamiento.)

10 por 100 de curaciones (uno a dos meses).

10 por 100 de curaciones aparentes; recaídas .

La estadística personal del autor da los siguientes resultados, después de 13 a 20 inyecciones de stockvacunas diversos:

90 por 100 de fracasos.

10 por 100 de resultados dudosos.

B. *Vacunas seguidas de lavados*

Después de 8 a 10 inyecciones de vacuna, se empieza una serie de lavados. Los resultados obtenidos por P. Barbellion son los mismos que si no hubiese aplicado la vacunoterapia. Las observaciones publicadas por el autor en 1924 concuerdan por completo con las comprobaciones realizadas en el Hospital Necker.

C) *Vacunas y lavados*

P. Barbellion opina que el método de los lavados no pare-

ce mejorar con una vacunoterapia concomitante, *ni* desde el punto de vista de la duración, ni por lo que se refiere a las complicaciones.

Minet sostiene que la vacunoterapia no mejora los resultados obtenidos por los lavados y acarrea mayores riesgos de complicación. Blanchet y Maltete comparten este concepto.

En el trabajo publicado en 1929, acerca de la vacunoterapia, el autor afirmó que, aparte del 8 por 100 de los enfermos, en los cuales pareció haber surtido efecto la vacunoterapia, todos los demás no lograron beneficio alguno de la inyección de vacuna y hasta parece que la curación se retrasó en muchos. En los que fueron tratados desde el principio de la blenorragia por vacuna, se observó un 31 por 100 de complicaciones diversas.

V. QUIMIOTERAPIA

Los experimentos se han realizado en la gonacrina, la tripaflavina y el progón. Todos estos productos parecen dar resultados semejantes.

A) *Quimioterapia sola: una inyección intravenosa cada dos días.*

5 a 10 por 100 de curaciones en menos de cuarenta días.

90 a 95 por 100 de fracasos a pesar de un tratamiento de 20 inyecciones.

B) *Quimioterapia y vacuna: el mismo resultado.*

C) *Quimioterapia compleja; bucal e intravenosa.*

19 Por vía bucal: santalol B y azul de metileno;

2? Al mismo tiempo, dos veces a la semana, una inyección de gonacrina.

15 por 100 de curaciones en un mes.

15 por 100 de curaciones en dos meses.

70 por 100 de fracasos en dos meses.

VI. LAVADOS

A) *Lavados con permanganato.* Duración media: mes y medio.

Janet obtiene generalmente la curación a los treinta y seis días.

En el Hospital de Urología, Boulanger observa las curaciones entre veinte días y siete semanas.

B) *Lavados con sales de acridina.* Resultados menos rápidos que con el permanganato.

VII. INYECCIONES URETRALES

1? *Yodo coloidal.*

a) *Solo;* dos inyecciones diarias.

25 por 100 de curaciones en un mes.

30 por 100 de curaciones en dos meses.

b) *Lavado con permanganato débil seguido de una inyección de yodo coloidal.*

46 por 100 de curaciones en un mes.

38 por 100 de curaciones en dos meses.

29 *Mercurocromo al 2 por 100.*

54 por 100 de curaciones en un mes;

18 por 100 en mes y medio.

28 por 100 de fracasos.

3<* Sales de plata (argirol, protargol); tres inyecciones al día.

36 por 100 de curaciones en un mes.

29 por 100 de curaciones en dos meses.

VIII. LAVADOS CON PERMANGANATO E INYECCIONES DE SALES DE PLATA

Un lavado y dos inyecciones al día.

, 52 por 100 de curaciones en un mes.

41 por 100 de curaciones en dos meses.

CONCLUSIÓN

Como vemos, *el tratamiento más sencillo es también el mejor.* Mientras esperamos que se descubra una terapéutica verdaderamente específica de la blenorragia aguda, *damos la preferencia al tratamiento clásico con los lavados con permanganato,* el cual, en ciertas circunstancias, puede complementarse con inyecciones uretrales de sales de plata o de yodo coloidal.

Comentarios sobre la organización de los estudios de medicina en París

Por PEDRO IGLESIAS BETANCOURT

Interno de los Hospitales de París.

(Concluye)

Así pues el externo al ser nombrado interno posee no solamente una educación hospitalaria práctica adquirida en los diferentes servicios donde ha trabajado, sino también una preparación teórica considerable.

El interno es nombrado por cuatro años. Cambia de servicio cada seis meses o cada año. Es el "pilier principal" del servicio. Su responsabilidad es grande. Su autonomía casi absoluta. Sus funciones varían según que esté en un servicio de medicina, de cirugía general o de especialidad. Debe pasar visita en su servicio todas las mañanas antes de la llegada del "patrón," jefe del servicio. Es el interno quien prácticamente reemplaza este último en su ausencia. Por la tarde debe hacer "la contre-visite." En fin durante su internado el interno completa su educación médica asistiendo a cursos especiales para ellos, de Microscopía, Bacteriología, Anatomía-Patológica etc.

Al terminar el internado se presenta una tesis sobre uno de los sujetos estudiados durante los años de interno. Y es entonces que legalmente puede titularse doctor en medicina. Generalmente han transcurrido de 8 a 10 años a partir del comienzo de sus estudios en la Facultad. En efecto la "scolarité"

terminada al cabo de cinco años, la Facultad concede al externo el derecho de seguir concurrendo al internado, al interno el terminar sus cuatro años una vez nombrado.

Ya oficialmente médico, el antiguo interno de los hospitales de París (solo los franceses o naturalizados) puede seguir dos derroteros: o bien se instala definitivamente decidido a ejercer su carrera de la cual posee una sólida preparación teórica y práctica, o bien continúa la carrera de los hospitales y según sus inclinaciones . prepara el concurso de médico, cirujano o especialista de lo hospitales de París. Independientemente de y a aquellos que seduce la carrera pedagógica, en el cuadro de la Facultad todavía falta un escalón más: la Agregación.

Tal es la organización de la enseñanza en París para el estudiante de medicina. Dos concursos aparecen fundamentales: el externado y el internado de los hospitales. Sin temor a equivocarse puede afirmarse que ellos son la base de la Escuela Francesa. Todos los grandes maestros de ésta han pasado por ellos. Uno y otro son, lo hemos dicho, accesibles al estudiante extranjero. Triunfando en ellos éste beneficia de todas las ventajas de esta gran Escuela. El anuario del internado que reco-

pila todas las promociones desde su fundación en 1802 nos permite precisar que fue Almagro el primer interno cubano nombrado en 1857. Después de ésta han sido nombrados Landeta en 1859, Despaigne y García Lavin en 1877, Villar en 1882, Albarrán en 1884 (primero de la promoción), Duplessis en 1892. Los doctores Francisco Domínguez y Díaz Albertini fueron internos provisorios en 1889 y 1890, respectivamente. Yo no creo que la carencia de nuestros representantes sea exclusivamente debida a la dificultad del concurso. Yo estimo que ello se debe al número reducido de estudiantes cubanos que, hasta

hace unos años, ha habido en París. En efecto, después de 1928 en que por causas diversas la colonia estudiantil cubana en París ha aumentado, la proporción de candidatos a los concursos también ha crecido. Hoy día son varios los externos cubanos que convencidos de las enormes ventajas del internado preparan este último con entusiasmo. Yo estoy convencido que sus esfuerzos serán recompensados, pues sólo se necesita para ello amor al trabajo y firme voluntad de triunfar.

—De *Revista de Medicina y Cirugía de la Habana.*—

Tolstoi en la mesa de disección

Por el Doctor JUAN MARÍN

Es curiosa e interesante la situación planteada entre el apóstol ruso y la Medicina. Durante toda su vida el conde novelista no perdió oportunidad de zaherir, de rebajar y de combatir a los médicos y a su ciencia, en términos que no tuvieron la gracia picante de los de Molière, ni la agudeza incisiva de los de Voltaire, ni el ático sabor de los de Anatole France, ni la sátira mordaz de G. B. Shaw.

El ex combatiente de Sebastopol se lanzó siempre a fondo contra "estos hombres que pretenden saber curar" según dice en "La sonata de Kreutzer" o "esos soi disant curanderos, adivinadores u homeópatas" como escribe en "La guerra y la paz." Todos sus libros están salpica-

dos de hostiles alusiones a los médicos: en "Anna Karenine" el príncipe Shterbaski no creía en ellos; ni tampoco el príncipe Bolkonski en "La guerra y la paz," ni mucho menos el protagonista de "La muerte de Iván Aliteh," ni el triste héroe de "La sonata de Kreutzer."

Al través de todos sus personajes es el propio Tolstoi quien deja hablar a su inconsciente, el mismo que se hace atender por los curanderos de sus campos y el mismo que cuando su mujer enfermó gravemente, se oponía violentamente a que se le salvara la vida mediante una operación. Su "Diario íntimo" así como las "Memorias" de su esposa la condesa Sofía Tolstoi, dejan constancia profusa del em-

pecinamiento y la crueldad con que el apóstol que condenaba el acto carnal, no sólo no respetó la opinión médica que después del quinto embarazo de la esposa aconsejaba no seguir imponiendo más hijos a ese organismo ya debilitado en extremo, sino que respondió con ocho hijos más que transformaron la existencia de la esposa en una permanente agonía y tortura, tanto moral como física.

El psicoanálisis de la obra tolstoiana realizado en la actualidad permite asegurar que el conflicto planteado por el autor en "La sonata de Kreutzer" no es más que el magno esfuerzo de "réfoulement" de sus propios complejos, drama subterráneo, que al decir del agudo Máximo Gork (1) fue un oscuro y largo drama de alcoba." Esos secretos de la alcoba de los esposos Tolstoi fueron divulgados antes que por nadie por el propio apóstol, que no tenía escrúpulos en mostrar en su "Diario íntimo" ante propios y extraños; así Moscú y San Petersburgo conocían con minucia lo que pasaba entre las paredes de esa casa, que según escribía la esposa desolada en su "Diario," era "una casa de cristal."

B. Eikhembbaum hace notar en un estudio excelente (2) que la historia ha tratado a Tolstoi "más o menos como Shakespeare trató al rey Lear," es decir, la enfocado exclusivamente al

(1) M. Gorki: "Souvenirs de León Tolstoi."

(2) B. Eikhembbaum: "Tolstoi."

anciano conde-mujik de blanca barba, pies descalzos y blusa de tosca tela, olvidándose del joven noble militar de licenciosas costumbres, del cruel terrateniente agotador de esclavos, del cazador y del torturador de las pobres avejillas de sus bosques. Es éste un caso curioso de ceguera colectiva sobre el cual han insistido algunos críticos recientemente, error que hace pervivir el "fetichismo tolstoiano" que alcanzó caracteres de idolatría allá por el año 1900, en plena vida del artista.

Pero, como todas las cosas tienen su vuelta y su reverso, he aquí que los médicos caen hoy sobre el cuerpo del gigante y sobre su obra no menos gigantesca. No en vano Sigmund Freud ha entregado a sus colegas una poderosa linterna para iluminar los tortuosos senderos del alma humana y del proceso de la creación artística. Tal ha sucedido con las obras de Hornero, Sófocles, Shakespeare, Jensen, Gautier, Leonardo, Miguel Ángel, Rousseau, Goethe, Hugo, Verhaeren, Proust, Musset, Nietzsche, Watteau, Ibsen, etc., que han sido tratados por el propio Freud, por Otto Rank, Juarrós, Baudoin, Camargo, Jean Paul, Riklin, Jeliffe, Lafora, Ferenezi, Lassús. Se acostumbra exhibir a Tolstoi como el antípoda perfecto de Destoyewski en la familia literaria rusa: todo cuanto hay de morboso, de patológico en el genio de "Los hermanos Karamazoff," cuenta en salud sonrosada en el apóstol de la vida sencilla y eglógica, en

el patriarca de Yasnaja-Polianna. El llamado "Brunetiere ruso," Koulikovski, lo definió en los siguientes términos: "Raro ejemplo de salud psíquica, refutación viviente de la teoría de Lombroso." En este error ha incurrido hasta el sutil Stefan Zweig en una obra excelente que desgraciadamente no ha llegado hasta nuestro público (3).

I. Ossipov ha sido uno de los primeros en hundir su escalpelo en la anatomía psíquica del novelista, calificando de "documento freudiano" el libro "Memorias de un loco" de León Tolstoi (4). Tras él, una pléyade de investigadores han venido a profanar el santuario del hombre que daba recetas para dignificar la vida humana: M. Nazimova, Dr. Zégaline y entre muchos otros, Nina Gourfinkel, cuyo substancioso estudio ha servido en gran parte de infor-

mación para este artículo, (5). Algunos de estos autores han tomado el viejo tronco familiar que se remonta al año de 1353 y

(5) N. Nazimova: "Crónica familiar de Tolstoi." Dr. Segaline: "Patografía de León Tolstoi." Nina Gourfinkel: "La Medicina y León Tolstoi."

El estudio de estos autores exhibe una de las floraciones más ricas de patología mental al través de siete siglos, con locos, idiotas y anormales en cada generación, incluyendo el padre y la madre del novelista. Otros han puesto sus ojos en el "Diario íntimo" del autor, que hace las veces de valioso cuerpo del delito, acusador de sus anomalías. Y otros en fin, han preferido estudiar los diarios y memorias de la esposa y de los hijos (6).

Psicosis de angustia, terror invencible a la muerte, crisis

(3) Stefan Zweig: "León Tolstoi." "Una vida grande."

(4) Ossipov: "Una obra inconclusa de León Tolstoi," "Contribución al estudio del miedo."

(6) Elie Tolstoi: "Mis recuerdos." Sergio Tolstoi: "Mi padre entre 1870 y 1880," León Tolstoi: "Primeros recuerdos." N. Coussev: "Dos años con Tolstoi."

nerviosas que sus contemporáneos interpretaban benévolamente como fruto del "surmenage" cerebral, sensualismo, violencia, crueldad, amnesias, fugas, estados de trance, etc., esto es lo que los documentos han entregado a sus exploradores. Y al final, en la cima de esta alta montaña de estudios y observaciones, Evlakhoy y los demás, han colocado sin vacilar el diagnóstico: epilepsia.

Toda la grandeza de aquellas doctrinas surgidas en el ocaso de la vida del profeta, en flagrante contradicción con su vida anterior; todas sus confesiones y sus sentencias y toda la leyenda de Tolstoi-mártir, se han venido al suelo. Sólo queda un enorme e interminable boletín médico de ochenta y tantos volúmenes con que contará la colección de las Obras Completas de Tolstoi, actualmente en publicación. Cabe recordar en-

tonces el juicio tan olvidado de Turgueneff, que lo conoció con profundidad y cuyas cualidades de psicólogo no es dable desconocer. Este es el juicio expresado por el autor de "Humo": un elefante suelto, en el jardín; a cada paso que da, sin darse cuenta, destroza las bellas flores del mundo."

Ha transcurrido apenas un cuarto de siglo de la fecha de su muerte y la Medicina, tan injustamente vapuleada por Tolstoi, autodidacta y vegetariano, desciende de su altar al "santo de Yasnaia-Poliana" y lo tiende blandamente sobre la mesa de Freud, de Rank, de Lavastine, etc., en la mano, los médicos de hoy nos ofrecen elegantemente, junto al enorme cuerpo yacente, una brillante lección de patología mental...

Dr. J. M.

REVISTA QUIRÚRGICA

Tratamiento del Tétanos

H. W. Florey, H. E. Harding y Paul Fildes de Sheffield en The Lancet, se refieren a los progresos alcanzados últimamente en la terapéutica del Tétanos.

La cloroformización da buen resultado en el tétano declarado. El suero antitetánico usado en grandes dosis, prefiriendo la vía endo-venosa. Escindir la herida.

La Curarina detiene las crisis espasmódicas y las contracturas sin afectar las funciones vegetativas; inyecciones cada media hora. Los accidentes producidos por el uso de este medicamento pueden remediarse, la asfixia por caída de saliva en la traquea, colocando el paciente en buena posición o disminuyendo la secreción salivar por una inyección de atropina; el paro del diafragma cuando se ha llegado a la dosis fuerte se combate por la respiración artificial hasta que el veneno se vaya eliminando.

Por su acción depresiva sobre el centro respiratorio está contraindicada la morfina. Una vez calmados los espasmos por la curarina tratar la hipertermia por los medios habituales.

Pronósticos operatorios en los flacos y obesos.

E. Seifert de Wurzburg en Munchener Medizinische Wochenschrift publica un cuadro comparativo de mortalidad por operaciones en flacos y obesos:

Apendicitis: mortalidad en flacos, 2%; en obesos, 10%; Colectitis: mortalidad en flacos, 6%; en obesos, 23%; Ulceras gástricas: mortalidad en flacos, 8%; en obesos, 17%; Cáncer del estómago: mortalidad en flacos, 16%; en obesos, 23%; Supuraciones de heridas: mortalidad en flacos, 10%; en obesos, 35%; Embolia: mortalidad en flacos 2%; en obesos, 6%; Complicaciones pulmonares: mortalidad en flacos, 4%; en obesos, 6%; Colapso: mortalidad en flacos, 1%; en obesos, 4.

La estadística representa 10 años de operaciones en la clínica de Wurzburg y concluye que las operaciones abdominales dan una mortalidad 3 a 4 veces mayor en los gordos.

Trombo-angeitis obliterantes (Buerger); tratamiento de 524 casos por inyecciones endovenosas repetidas de solución salada hipertónica; experiencia de 10 años

S. Silbert de New York en Surgery, Gynecology and Obstetrics comunica su tratamiento por inyecciones endovenosas de Cloruro de sodio al 5%. Empieza por 150 c. c. y pronto llega a 300. La inyección se hará lentamente, en 10 minutos, enfermo acostado, después podrá volver a su trabajo. Se harán primero 3 veces por semana, después 2 y por último raras hasta la mejoría franca. Dura el tratamiento de 6 semanas a 2 años según la gravedad del caso. En

los casos graves no se observa modificación alguna sino al cabo de 6 semanas por lo cual debe prevenirse al paciente no desesperar.

Silbert da mucha importancia etnológica al tabaco, en mil casos observados todos eran fumadores; en alguno que no era la enfermedad fue discutible. Es imposible obtener curación en quienes no dejan de fumar; cuando han dejado y vuelven la enfermedad también regresa.

En 524 casos ha tenido 434 curaciones, 88 fracasos debidos en su mayor parte a la interrupción del tratamiento, 40 amputaciones y 24 muertos. Se han seguido por 10 años los más antiguos; después de 5 años hay 98 con 6 muertos.

40 amputaciones en 524 casos representan un 7.6% en lugar de 21.3% de la clínica Mayo y 21.8% de los tratados por gangliectomía sobre 119 (Diez). En la mitad se amputó en enfermos que no quisieron dejar de fumar.

Los dolores no son indicación operatoria; la neurotomía los quita.

¹ 225 enfermos presentaban ulceraciones del pie; 174 curación por las inyecciones.

La mejoría se manifiesta por dolor, posibilidad de la marcha, aumento de oscilaciones en amplitud, elevación de temperatura en las extremidades invadidas, vuelta de las pulsaciones en el pie, notable mejoría del estado general.

No existe contraindicación de las inyecciones salinas.

Tratamiento de formas graves de linfo-edema de los miembros. Resultados lejanos

R. K. Gormley y L. M. Overton de Rochester en Surgery, Gynecology and Obstetrics refieren el resultado de sus intervenciones en la elefantiasis grave de los miembros.

Aconsejan un tratamiento preoperatorio consistente en reposo en cama con la pierna elevada a 75 grados, masajes y compresión. Heridas y úlceras serán bien curadas, vacunas antiestreptocócicas si hay ataques de celulitis.

Anestesia raquídea, benda de Esmarch. Operación de Sistrunk. Primero intervenir en el lado externo y hasta 3 a 6 meses después el interno. Quitar la benda lentamente.

El paciente se levantará a los 20 días con benda elástica compresiva.

64 operados desde 1923. Se vieron repetidamente 55. Murieron 6 de los que 3 de choc.

En 8 casos ninguna mejoría; en 7 curación completa; en 20 mejoría muy marcada; en 14 mediana.

Tratamiento de la Eclampsia por el Sulfato de Magnesia

D. P. Browkin en Archiv für Ginekologie de Berlín refiere que para oponerse a la terapéutica activa de interrupción del embarazo en la eclampsia y dejando por tóxicos el cloroformo y el cloral usa el sulfato de mag-

nesia, como antiespasmódico, ya recomendado por los parteros Meltzer y Auer. Primitivamente el autor inyectaba subcutáneamente 200 c. c. de una solución al 3%; si los accesos se repetían, nuevas inyecciones no antes de 4 horas ni más de 4 inyecciones en 24 horas. Ahora usa soluciones hipertónicas al 20% e inyecta en el músculo 30 c. c. siguiendo las mismas instrucciones que las primeras. Por la vía endovenosa el efecto es más rápido pero menos duradero. Supresión de bebidas o dar agua azucarada; en caso de coma inyectar en la vena una solución de glucosa al 10% cada día. Los efectos favorables se marcan de la primera á segunda inyección, las crisis desaparecen en el 76% o se hacen más espaciadas. En 287 casos tuvo 5 muertes, sea el 2.1%. La mortalidad infantil sobre 25 casos de 6.4%.

La Tiroidectomía total en la asistolia irreductible; resumen de dos años y medio de experiencias quirúrgicas

D. Berlín en The Journal of the American medical Asociation manifiesta que el 70 % de resultados es satisfactorio, pues los operados de un año al menos y dos y medio a lo más han visto los síntomas ceder o calmarse. Aconseja estrecha colaboración entre médico y cirujano, selección de enfermos, cuidados post-operatorios. La tiroidectomía será la más total posible. El gran peligro es la lesión bilateral del recurrente. Hacer examen laringoscópico al extirpar el primer lóbulo si hay lesión del recurrente abstenerse de extraer el otro. Ninguna muerte en las últimas 62 operaciones.

S-. Paredes P.

Resultados y peligros del tratamiento de la Amibiasis. Resumen de la experiencia clínica de 15 años en la Clínica Mayo

P. Brown en el Journal of the American Medical Association expone los resultados obtenidos en la Clínica Mayo en el tratamiento de 834 casos de Amibiasis en el curso de 15 años.

Estima como la mejor de todas las drogas conocidas la Emetina. Pero a causa de su toxicidad han disminuido su empleo. El tratamiento emetínico lo hacen así: 6 centigramos mañana y tarde durante tres días, 7 días de reposo y luego 4 centigramos dos veces diarias durante tres días. La dosis total es de 60. Los accidentes de intolerancia son raros. Los individuos no curados con esa cantidad (50 %) no lo será con mayores.

Los arsenicales orgánicos son muy útiles: Estovarsol, Treparsol, Carbarsone, superior el último con menores accidentes. Pueden también usarse el 914 y el Yatrén, 3 gramos por día.

Signo de la flexión espontánea o provocada de los miembros inferiores y los reflejos cutáneos abdominales en la Amibiasis y otras parasitosis intestinales

A. M. Cicchito en la Revista Médica refiere que Monnerot-Dumaine ha señalado en los niños atacados de amibiasis intestinal aguda una flexión del muslo izquierdo espontánea o provocada por la presión de la los a ilíaca izquierda; a veces

también del muslo derecho; la presión de la fosa ilíaca derecha no produce tal cosa. Leger ha mostrado que en las formas bajas de disentería los reflejos cutáneos abdominales inferiores son vivos en ambos lados y los medios y superiores más vivos a izquierda que a la derecha. El autor ha encontrado realizados en sus casos los signos mencionados.

Faltan dichos signos en las enteritis a Chilomastix y Blastocystis; pueden existir en las enteritis a Entamoeba y Tricomonas, Lambliasis. Faltan en las helmintiasis el signo del muslo y los reflejos abdominales son vivos de ambos lados sobre todo en los niños.

Tratamiento de las infecciones urinarias por el régimen cetógeno

Ph. Pagniez y A. Plichet en Journal d'Urologie de París insisten en que el colibacilo no se desarrolla en la orina muy ácida de acidez igual o inferior a 5.2. Los medicamentos son insuficientes para acidificarla pero si es posible por medio de un régimen cetósico. 80 % de colibacilúricos pueden curarse en 3 semanas por este medio creando una alteración del metabolismo que conduce a acidificar la orina con el beta oxi-butírico.

Precauciones que es necesario tomar después de las inundaciones

He aquí algunas de las precauciones sanitarias que es necesario adoptar cuando se retiran las aguas, después de una inundación:

1) Hay que limpiar las casas, las cuevas, los establos, los patios, los jardines y los campos y retirar las basuras e inmundicias de todas clases que el agua haya depositado. Si no existe un servicio público organizado para este trabajo se amontonarán los escombros lo más lejos posible de las viviendas y se cubrirán con cal viva, (2 kilos de cal viva triturada por cada 5 litros de agua. Se vierte lentamente sobre la cal toda la cantidad de agua que puede absorber y cuando está completamen-

te apagada se añade lo que queda de los cinco litros removiéndola con un palo). Se enterrarán los cadáveres de los animales después de cubrirlos con una capa de cal.

2) En las *cuevas, establos y cuadras*, se regará abundantemente el suelo y las paredes con cal líquida y después se hará la limpieza con una solución de 500 gramos de sosa por cada 10 litros de agua.

3) Se secarán los locales inundados ventilándolos y si es posible calentándolos.

4) En las *habitaciones* se arrancarán los papeles y se frotarán y lavarán las paredes, el suelo y los muebles con sosa (como hemos indicado más arri-

Los autores describen 3 regímenes de potencia cetónica variable: I.—250 gr. de leche, 200 gr. de carne cruda, 400 gr. de legumbres verdes pesadas antes de cocerlas, 150 gr. de mantequilla; este régimen puede provocar náuseas, vómitos, constipación, que serán combatidos; se dará un día, si el paciente lo resiste pasar al II: consistente en 50 gr. más de mantequilla; darlo 2 días, si lo soporta pasar al III que es el I más 100 gr. de mantequilla.

Los regímenes deben ser estrictamente seguidos; controlar la acidez urinaria por el rojo de cloro-fenol o bromo-cresol púrpura. Si la acidez queda por encima de 5.2 dar 1 a 2 gramos

de cloruro de amonio por día. Debe seguirse el régimen por 3 semanas; el individuo al fin se acostumbra.

Tratamiento del ántrax por extirpación total

Masini ha propuesto a la Sociedad de Medicina de Marsella la extirpación total del ántrax: pequeño sin tendencia a la generalización será tratado por el bacteriófago. Cuando son como una palma de mano curan por la extirpación total en 20 días. Los ántrax de regiones vasculares donde no se puede extirpar serán tratados por grandes incisiones, curaciones, bacteriófago y vacunas antiestafilocócicas.

ba. Si el suelo es de tierra se regará con cal líquida y si las paredes están pintadas o enca-ladas se hará otro tanto.

5) Se lavará la *ropa* con agua hirviendo.

6) Las sustancias alimenticias contaminadas a causa de la inundación o recogidas en lugares inundados no se consumirán nunca crudas y no se destaparán las botellas sin haberlas lavado antes cuidadosamente.

7) No se beberá sino agua hervida hasta que los análisis hayan demostrado que el agua está limpia de bacterias y en estado de ser consumida.

8) Se vaciarán los *posos* y las *cisternas* y se lavarán, con agua de cal; después se vaciarán y limpiarán pasadas veinticuatro Horas.

9) fíe verterán grandes cantidades de cal líquida en las *latrinas*, *urinarios* y *alcantarillas*.

10) Se vacunará a la población contra la fiebre tifoidea y si es posible contra la viruela.

11) Las manos deben lavarse con jabón y agua caliente varias veces al día y siempre antes de comer.

La Cruz Roja puede asociarse, con gran utilidad, a la ejecución de estas medidas, ilustrando a la población, a plicándolas ella misma de un modo ejemplar y cooperando con las autoridades municipales que deben asegurar la salida de las aguas estancadas, la limpieza de las vías públicas, la inspección de las fuentes, de las conducciones de agua y de los depósitos, el análisis de las aguas, la desinfección de los lugares contaminados y la transformación en estiércol del heno sumergido.

(Comunicado por la Secretaría de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja, 12 rué Newton, Paris. XVIe.)

La reacción pupilar en el diagnóstico del embarazo

CONCLUSIONES

1° La oftalmorreacción de Bercovicz es completamente inocua para el ojo u ojos en los cuales se efectúa.

2^ Cualquier médico práctico o general puede y debe verificarla en los casos dudosos de preñez, tomando en cuenta su sencillez.

3°.La oftalmorreacción de Bercovicz es positiva desde la segunda o tercera semana después del principio de la última menstruación.

4^ La reacción de Bercovicz es positiva en el 79 % de los casos de embarazo intrauterino o de embarazo ectópico.

5^ Es negativa en las mujeres bien regladas o no embarazadas, y en el hombre.

6^ Como corolario de las anteriores se desprende ésta: la oftalmorreacción de Bercovicz es un nuevo medio que se pone en manos del médico práctico para que le ayude en los casos dudosos de preñez; es, a la par que sencilla, bastante precisa.

RESUMEN DE LA TÉCNICA

Suero obtenido por coagulación de la sangre y retracción del coágulo. Es el mejor producto de que se puede disponer en caso de no tener centrífuga, pues se obtiene un suero limpio que no provoca ninguna molestia.

Una vez obtenido el producto excitante escogido, se toma un poco de dicho suero (de la san-

gre de la paciente supuesta embarazada) con una pipeta o gotero estériles y se depositan unas cuantas gotas, las suficientes para bañar toda la conjuntiva, ya sea en un solo ojo o en ambos, se procede a la observación que dará los siguientes datos:

En caso de ser *positiva*, entre los 50 y los 90 segundos empiezan a aparecer movimientos de oleaje, diafragmación u ondulación de la pupila excitada, movimientos que se efectúan sin seguir un ritmo determinado y tendiendo a llevar a la pupila a la miosis o a la midriasis. La reacción persiste por espacio de 5 minutos por término medio y es bastante fácil de observar aun para personas no experimentadas, siempre que se observen las condiciones antes citadas (paciente en ayunas, tranquila, acostada cómodamente sin almohada, en una habitación bien iluminada y sin que ésta varíe).

En caso de que la reacción sea *negativa*, las pupilas permanecerán en el mismo estado *que* guardaban antes que se efectuase la excitación. No se presentan movimientos ni cambios de tamaño.

Cuando la instilación se haga solamente en uno de los fondos de saco conjuntivales, solo se presentará la reacción en el lado excitado, permaneciendo el opuesto en absoluta quietud. Es de recomendarse que las personas no acostumbradas a obser-

var pupilas o a verificar esta reacción, hagan la experimentación instilando un solo ojo con objeto de que conserven el otro como índice de comparación.

Una vez terminada la observación, y como exceso de precaución, se hace una instilación de solución de argirol al cinco por ciento en los ojos que han

servido para la observación siguiendo la técnica (esbozaba) anterior, que como se ve es bastante sencilla, se obtiene una observación fácil, una ausencia total de fenómenos morbosos en las conjuntivas usadas para hacer la reacción.

Francisco A. Morones Alba
Tesis de México.

Reflexiones sobre treinta y ocho casos de pleuresía purulenta

Por el Doctor VIGNARD,
Cirujano Honorario de los
Hospitales Estos casos se

distribuyen de las del procedimiento. la manera siguiente, según la edad:

Enfermos mayores de 18 años, hasta 65: nueve.

Enfermos menores de 3 años: siete.

Enfermos mayores de 3 años y menores de 18: veintidós.

Manual operatorio. — Todos estos enfermos se han operado y drenado según el procedimiento por mí descrito en un opúsculo publicado en 1908 en colaboración con mi ayudante el doctor Monod con el título *La pleuresía purulenta en el niño* y editado por Maloine. Este procedimiento, que tiene por base el drenaje por aspiración continua, se realiza por un dispositivo que he descrito varias veces y que, aparte los honores del plagio, ha merecido los de perfeccionamientos algo complicados cuya necesidad no se me alcanza. Continuo prefiriendo su cómoda sencillez a las innovaciones algo embarazosas, costosas, y que no aumentan poco ni mucho la seguridad y venta-

Contrariamente a una práctica corriente y que me parece inútil, si no peligrosa, nunca he practicado ninguna resección costal, causa de fístulas con frecuencia difíciles de cerrar y también causa de un drenaje demasiado ancho, que deja rezumarse el pus y favorece la infección secundaria de la herida y de la pleura. Sin embargo, excepcionalmente he tenido que hacer una resección para extraer de un fondo de saco pleural dos drenes que entretenían una supuración inagotable en un niño que había sido operado en un hospital, en el que omitieron fijarlos y vigilarlos.

Ciertos autores creen que si en el niño puede prescindirse de la resección costal, ésta es indispensable en el adulto. No veo razón anatómica que justifique esta práctica, la cual no ha sido necesaria en ninguno de los nueve adultos de esta estadística.

Complicaciones. — Si el modo de abertura y drenaje tiene

una influencia feliz sobre la evolución de la pleuresía purulenta y sobre la rapidez de su cicatrización, es impotente respecto de ciertas complicaciones inmediatas o tardías que dependen de la propia causa de la infección, de su repercusión sobre otros órganos o sobre el estado general. Así nos lo demuestra el análisis rápido de las siete muertes que hemos registrado y que se distribuyen como sigue, según la edad de los sujetos:

- 1 muerte a 30 meses;
- 3 muertes en niños de 5 años;
- 1 muerte en un niño de 8 años;
- 1 muerte en un enfermo de 19 años;
- 1 muerte en un enfermo de 30 años.

El mecanismo de la muerte ha sido el siguiente:

Tres veces ha sobrevenido bruscamente un síncope sin hemorragia, siete, ocho y quince horas después de la operación.

En los tres casos el derrame era considerable, el corazón estaba fuertemente desplazado hacia la derecha, y creo que en esta eventualidad sería preferible, antes de proceder a la pleurotomía, que sin embargo se practicó bajo anestesia local, hacer una o varias punciones prudentemente distanciadas.

En una cuarta observación en el enfermito se hallaba en estado de septicemia grave, pues había padecido sucesiva y casi simultáneamente el sarampión, la escarlatina, una neumonía y una otitis supurada.

El caso quinto se refiere a un niño de cinco años que junto con

la pleuresía tenía a la vez síntomas de peritonitis neumocócica que acarrearón la muerte once días después de haber abierto la pleura.

En fin, dos veces la muerte tuvo por causa una meningitis o fenómenos meníngeos que no ne presenciado, pues el funesto desenlace se produjo después de cerrada la pleura, una vez al cabo de mes y medio y la otra dos meses después.

¡Como se ve, de estas siete muertes hay cuatro que no son imputables ni a la operación ni al procedimiento operatorio, pero que muestran bien a las claras el peligro que hace correr a los enfermos la impregnación **neumocócica**.

En efecto, tanto en estos enfermos como en los que han curado, el neumococo fue siempre el agente causal, salvo en un joven de veinticinco años cuya pleuresía parece debida al estafilococo. En efecto, **fue** operado en un estado de septicemia grave, con un enorme ántrax labial y adenitis Submaxilar. Meses después de su curación tuvo, por lo demás, signos de osteomielitis subaguda, pero supurada, del fémur.

En todos los demás el derrame pleural había ido precedido de neumonía franca y la curación se produjo en los términos habituales, es decir, se retiró el tubo entre los veinte y veintiocho días, substituyéndolo o no por un dren pequeño, destinado a mantener abierto el orificio hasta el agotamiento total y definitivo de la supuración.

El número de las curas no excede de ordinario de dos o tres

antes de la ablación del tubo, lo que no deja de ser una gran ventaja, así para la comodidad del enfermo, que nunca queda bañado de pus, como porque disminuye los riesgos de infección secundaria. Además, si se atiende a la pusilanimidad y a la indosilidad de los niños, que son los más numerosos, se apreciará en su justo valor un modo de drenaje que reduce a tan mínimas proporciones la necesidad de las curas.

Sólo una vez he observado una recidiva en una niña de cuatro años, diecisiete días después de la cicatrización de la pleura.

Fue preciso un nuevo drenaje, que se dejó *in situ* por espacio de veinte días.

Caso raro. — De propósito he reservado para el final uno de los casos más extraordinarios que me haya sido dado observar en cuestión de pleuresías purulentas. Trátase de un niño de veintidós meses que me fue traído de un pueblo que distaba más de 200 kilómetros, en el estado más lamentable que pueda ofrecer un ser humano, a tal extremo que su propia madre avergonzábale casi de aquella pobre piltrafa: "No es un niño, me dijo, sino un esqueleto viviente." Ciertamente, nunca vi emaciación semejante.

Su pleuresía databa de casi dos meses, y la radioscopia, muy difusa y difícil de interpretar, mostraba, en medio de adherencias, un derrame alto y como suspendido de la axila izquierda. Pleurotomía rápida y alta bajo el omóplato y hacia afuera, sin anestesia; tubo de drenaje. El niño sale de la sala

moribundo.

En los días siguientes, signos de peritonitis y oclusión intestinal, vómitos e hinchazón del vientre. La escasa cantidad de pus hallada en la operación, la insignificancia del derrame ulterior, la molestia infligida por el tubo sobre el que descansa de continuo el niño, me incitan a quitarlo. Al extraerlo, se escapan por la herida abundantes materias fecales. Vamos a reconstituir la génesis: Este niño, a causa de la larga duración de su derrame, ha tenido dehiscencia del diafragma, hernia transdiafragmática, perforación intestinal e invasión estercoral de la pleura.

La situación es desesperada. El niño está bañado en sus propios excrementos y no se alimenta absolutamente nada. Aconsejo a los padres que se lo lleven para que no muera lejos de ellos. El día de la partida está extenuado, envuelto en una toalla, al parecer próximo a su fin, cuando con un quejido tan sólo inteligible por su madre pide pan. Se introduce entre sus labios un poco de líquido, y decidimos aguardar. En los días siguientes asistimos a una resurrección lenta, y al cabo de tres semanas, sin que nada se haya hecho ni intentado, la fístula intestinal y pleural se ha cerrado por completo. La radioscopia no demuestra ya nada anormal, y en la actualidad es un niño de seis años, robusto y lleno de vida.

Si se me pidiese una definición del milagro, no haría más que citar este caso.

—De *VAvenir Medical*—

Etiología de la colitis ulcerosa

Etiología de la colitis ulcerosa, por Gallart Monés F. y Sanjuan P. (Revista Médica de Barcelona, año XII, NP 141, sept. 1935).

Conclusiones:

Cuando se practican raspados de úlcera de enfermos de colitis ulcerosa y previa dilución en solución fisiológica se filtran por bujía, se obtiene un líquido que inoculado a diferentes animales es capaz de producirle una enfermedad comparable a la colitis ulcerosa humana.

La posibilidad de que esta enfermedad experimental sea trasmisible en serie, nos autoriza a creer que el elemento productor es un virus filtrante.

Este virus puede también ser obtenido sembrando los raspados de mucosa intestinal de enfermos de colitis en medio de Rosenow y filtrando a las 24 o 48 horas el cultivo.

Si se inoculan, sin filtrar, los cultivos completos de primer paso en medio de Rosenow, la enfermedad experimental que se

determina es producto de la acción del virus y de los gérmenes que le acompañan, dando lugar con mayor frecuencia a complicaciones de tipo ulceroso.

Algunos animales controles, inyectados con productos procedentes de personas sanas, pueden presentar trastornos que, sin embargo, no tienen el carácter de ser reproducidos en serie.

Este virus puede aislarse en las fases subagudas, agudas y crónicas de la enfermedad.

En los animales inoculados, el virus se encuentra principalmente en el bazo, hígado, pulmones y lesiones intestinales.

No tiene importancia la vía de ingreso del virus en el organismo, ya que en todos los casos da lugar a una generalización sin presentar alteraciones locales. La vía generalmente utilizada es la subcutánea o intravenosa. Los animales más sensibles a la infección experimental son el perro y el conejo. Sigue luego el cobayo. El ratón es insensible.

Los pases sucesivos a través de un mismo animal tienden a dis-

minuir su virulencia. Los pases realizados cambiando de animal sensible la conservan mejor.

No todos los animales sensibles contraen la enfermedad después de la inyección del virus. Como promedio, esta sensibilidad alcanza a un 71 por 100 de animales.

En el conejo, la enfermedad se manifiesta por diarrea, acompañada a veces de sangre. No hay alteraciones hemáticas, a pesar de encontrarse el bazo constantemente alterado. Los pulmones presentan también modificaciones constantes. Muchas veces acusa el intestino un piqueteado hemorrágico, y a veces ulceraciones.

Transcurrida la fase aguda de la enfermedad, estas modificaciones acaban produciendo una esclerosis de los órganos afectos, o zonas de estenosis intestinal. En el perro, la infección determina una intensa diarrea sanguinolenta, que va acompañada casi siempre de lesiones pulmonares, desnutrición y esplenomegalia. El cobayo presenta un cuadro de enfermedad menos característico, ya que son menos frecuentes las alteraciones intestinales. Así y todo, la mortalidad es crecida y el virus puede ser aislado del bazo y pulmones. El virus, separado del organismo y mantenido a la temperatura de 0 5 grados, tiene una vitalidad que algunas veces es superior a dos meses. Los virus procedentes de filtrados de bazo y pulmón se conservan menos que los aislados directamente del organismo humano o los procedentes de primer paso en medio de Rosenow.

La lesión anatomopatológica fundamental de la enfermedad es de orden vascular, determinándose una descamación de las células, seguida de una infiltración sanguínea, que acaba muchas veces en angioestenosis, o bien en obliteraciones de los pequeños vasos afectados.

Las zonas vasculares de localización preferente son aquellas en las que existen remansos sanguíneos o variaciones en la presión.

En el intestino, estas lesiones primitivas vasculares van seguidas de mortificación o estados congestivos del epitelio correspondiente, estableciéndose erosiones que, por la intervención de otros gérmenes, principalmente pertenecientes al grupo del estreptococo mitis, pueden convertirse en ulceraciones. Esta lesión vascular primitiva, seguida de mortificación de los tejidos circundantes, es la que da lugar, en el estómago, a procesos ulcerosos bien manifiestos; en el bazo, a hemorragias y esclerosis subsiguientes; en el pulmón, a neumonías.

Estas alteraciones primitivas se complican muchas veces espontáneamente en los animales de experiencia por la intervención de otros gérmenes, dando lugar a pleuresía, pericarditis, peritonitis y otras importantes infecciones secundarias.

D,

—*Revista Sudamericana*—

Estudio sobre la efectividad Antielmítica de la leche del Higuerón en el tratamiento de la Tricocefalosis, y su efectividad contra la infección de los Ascárides

Por los Doctores FRED C. CALDEWELL y
ELFREDA L. CALDWELL

De los Laboratorios de Investigación, pertenecientes a la División de Sanidad Internacional de la Fundación Rockefeller, en Andalucía, Estado de Alabama, E. U. A.

INTRODUCCIÓN:

Los tricocéfalos (*trichuris trichiuri* así como los ascárides (*ascárides lumbricoides*), son los parásitos que con más frecuencia se encuentran en el organismo humano en los climas templados y tropicales. Es usual encontrar el tricocéfalo asociado con los ascárides y la uncinaria, o solamente con los ascárides en aquellas regiones donde la uncinaria no es endémica; en algunas zonas el tricocéfalo es el único parásito de importancia.

La literatura sobre la tricocefalosis revela gran divergencia de opinión entre autoridades, acerca de la importancia de esta enfermedad. Algunos textos médicos pasan por alto el tema haciendo ligeras observaciones sobre el mismo, de lo que se infiere que desde el punto de vista de algunos médicos la infección de estos parásitos es de poca importancia. La frecuencia y la trascendencia del tricocéfalo en el organismo humano merece mucha mayor importancia de la que generalmente le conceden algunas personas. La mayoría de los investigadores, y especialmente Mus-

grave y Clegg (1906), después de un cuidadoso examen de la literatura sobre el tricocéfalo, y basados en sus propias experiencias, afirman que el tema tiene mucha mayor importancia en la patología humana de la que generalmente se le asigna. El estudio de su informe nos revela que una infección de tricocéfalos puede tener consecuencias graves y aun causar la muerte, dependiendo del número y lugar donde se alojen estos gusanos. En pacientes infectados con relativamente pocos tricocéfalos los síntomas de esta infección *no* son notables, pero en infecciones severas los síntomas principales consisten en una anemia secundaria acompañada por trastornos nerviosos pronunciados y desórdenes gastro-intestinales. Con alguna frecuencia los sentidos también son afectados por el temible tricocéfalo. Metchnikof (1901), puntualiza la importancia del tricocéfalo en casos de apendicitis. Fernán Núñez (1927) al examinar la actuación patológica del parásito, hace notar su

asociación con apendicitis, peritonitis y disentería, ésta última que con frecuencia y erróneamente se le atribuye a la amiba. El sostiene que la marcada eosinofilia presente en personas portadoras de comparativamente pocos tricocéfalos, demuestra la gran toxicidad de este parásito en comparación con la de otros que abundan en mayor cantidad en el organismo humano.

La creencia sobre la inofensividad del parásito, se basa en gran parte en que su presencia suele no venir acompañada de síntomas aparentes. Esta condición existe, sin embargo, en el caso de parásitos aceptados incuestionablemente como patógenos. Igualmente se observa que una proporción grande de personas infectadas con uncinaria, no presentan síntomas apreciables. Entre las personas infectadas con tricocéfalos el porcentaje de aquellas que carecen de síntomas marcados puede ser muy mayor que el de aquellas otras personas que alojan en su organismo otros parásitos, pero está fuera de toda duda que ocurren casos en los cuales los síntomas son pronunciados, y que la diferencia es únicamente de grado y no de clase.

Dificultad del tratamiento con los antihelmínticos usuales

El tricocéfalo es extremadamente resistente al tratamiento con antihelmínticos comunes. Este hecho puede ser responsable en parte de la poca importancia que se da a las infecciones de este parásito y que ha impedido

el estudio sobre el efecto de las diversas intensidades de la infección. Aunque el timol, aceite de quenopodio, tetracloruro de carbono, santonina y otras drogas, ocasionalmente eliminan tricocéfalos, no se ha conocido hasta hoy un medicamento de fácil adquisición que extirpe con regularidad un porcentaje suficientemente elevado de estos gusanos para ser considerados eficaz para combatir la tricocefalosis en el tratamiento de grandes masas de poblaciones infectadas. Esta dificultad para destruir el tricocéfalo aparentemente no se debe a su resistencia inherente a la acción de las drogas, sino que como lo sugiere Hall (1923), se debe al hecho de que los antihelmínticos usuales al pasar por la válvula ileocecal, continúan por el intestino hasta el recto sin alcanzar al tricocéfalo, los que en su mayoría se congregan en el cecum. El sugiere que teóricamente la remoción de estos gusanos debería ser posible ya sea por el tratamiento repetido de pequeñas dosis de alguna droga, o por medio del uso de una dosis muy abundante. Ha sido tan incierta la acción de los antihelmínticos ordinarios, que se ha sugerido recurrir a la intervención quirúrgica (Bernard y Vignard, 1916) y (Miller 1920), así como a inyecciones intravenosas (Fernán Núñez 1927) e inyecciones intra-musculares (Lambert en 1923). Estos métodos evidentemente además de que no son prácticos en el campo, están fuera del alcance de las masas.

Tratamiento con leche de higuierón

Fernán Núñez (1827) informa que los nativos de Colombia han utilizado la leche de higuierón por siglos para combatir los parásitos intestinales. Por su experiencia personal considera este látex como el más eficaz de los medicamentos por vía oral contra la tricocéfalo. Debido a que fermenta rápidamente, y porque el árbol de donde se extrae no se encuentra sino en determinadas regiones de Colombia, no ha sido usado generalmente por los médicos en el tratamiento de los parásitos. Schapiro en Panamá, en 1925, trató con éxito cinco casos de tricocéfalo con la leche del higuierón. De 200 a 500 gusanos se extrajeron en cada caso. Hall en 1927, al tratar un pequeño grupo de enfermos en Nicaragua con leche de higuierón, afirma que éste es el único medicamento en el cual se puede confiar para eliminar el tricocéfalo, prácticamente cada vez que se emplea.

, Métodos de estudio

SERIES DE 1927. — En la primavera de 1927 en el curso de un estudio en el Hospital Searcy para dementes de raza negra, en Mount Vernon, Estado de Alabama, en donde se encontró un alto porcentaje de infección por tricocéfalos, una pequeña cantidad de leche de higuierón fue puesta a nuestra disposición. Posteriormente seis onzas más de esta látex nos fueron suministradas por gentileza de Augustine, quien estuvo asociado con Hall en Nicaragua. Tuvimos suficiente cantidad de este medicamento para tratar nueve casos. Se recolectaron las heces de 7 de estos pacientes 3 días antes y 3 días después del tratamiento, y nuevamente por 3 días después de un intervalo de una semana. Se realizó una cuidadosa cuenta de huevos por el método "antiform-sugar" de los autores de este trabajo (Caldwell 1926) en cada una de las heces obtenidas antes del tratamiento y aquellas que se juntaron

una semana después del tratamiento. Todas las heces fueron cuidadosamente batidas antes de tomar las muestras. Para asegurar un recuento exacto de huevos, fue necesario repetir el recuento de cada espécimen fecal 5 veces; por consiguiente, éstos representan una estimación muy cuidadosa de la producción de huevos antes y después del tratamiento. Las heces obtenidas 72 horas después del tratamiento se examinaron en busca de gusanos. Los pacientes quedaron aislados y bajo guardia durante todo el período de recolección. En dos casos de recuentos elevados un solo espécimen fecal se obtuvo antes del tratamiento y otro un mes después del tratamiento para recuento.

A los miembros de este grupo se les permitió una ligera merienda la noche anterior al día del tratamiento; no se les permitió desayuno a la mañana siguiente y aproximadamente una onza de leche de híguerón mezclada en dos onzas de leche de vaca se les suministró a cada uno de los pacientes. Si la droga misma no actuaba como purgante dentro de dos horas, se les prescribió una onza de sulfato de magnesia a cada uno. Unos de los pacientes con un alto porcentaje de huevos, arrojó una bola con 1900 gusanos una hora después de haber ingerido la leche de híguerón. Todos estos gusanos estaban vivos y en plena actividad. En las próximas 24 horas 56 gusanos adicionales fueron arrojados; éstos estaban más o menos destroza-

dos y algunos marcadamente. Aproximadamente 150 gusanos, se obtuvieron de un segundo paciente. El número de gusanos eliminados por los otros siete pacientes varió de 3 a 16 en la recolección de las heces que se hizo por 3 días con un total de 72 gusanos. Debido a la gran reducción en el recuento de huevos, no cabe la menor duda de que muchos de los gusanos o no fueron observados debido a su desintegración, o no fueron eliminados en el periodo que duró esta observación. Los resultados obtenidos de este pequeño grupo fueron lo suficientemente alentadores para justificar una nueva prueba de la eficacia de la leche del híguerón en un grupo mas numeroso de casos, usando como controles un grupo de casos similares tratados con aceite de quenopodio.

SERIES DE 1928.—El recuento de gusanos, aún bajo las condiciones más propicias, es excesivamente laborioso, y con frecuencia inexacto y algunas veces hasta imposible, cuando se tiene bajo observación un grupo numeroso de pacientes.. Como base para estimar el resultado de un tratamiento contra el tricocéfalo, los recuentos¹ son prácticamente inútiles como lo demuestran tanto mi experiencia, indicada en los párrafos anteriores, así como la experiencia de otros muchos investigadores que fracasaron al tratar de recuperar los tricocéfalos muertos. En estas series más numerosas optamos, para apreciar la eficacia de los me-

dicamentos, recurrir únicamente a comparaciones de recuentos de huevos antes y después del tratamiento, sin intentar contar los gusanos. Brown en 1927 en un estudio estadístico sobre la producción de huevos de tricocéfalo de 4 personas, demuestra que el recuento de huevos es un excelente índice para apreciar el número de gusanos alojados en el organismo.

Una cantidad de leche de higuieron suficiente para tratar a 100 personas se obtuvo en noviembre de 1927. El medicamento se nos envió en botellas de color verde oscuro y fue guardado en un refrigerador hasta que se usó en nuestros experimentos, casi un año después, o sea a fines de julio de 1928*. No

* Es de hacerse notar que "HIGUERONIA," o sea la leche purísima del higuieron, se encuentra en el , mercado científicamente estabilizada, desde 1930 en Sud-América. Los autores de este trabajo desconocían "HIGUERONIA" que por virtud de su proceso de estabilización fugo, en cualquier clima y por tiempo conserva íntegro su poder vermípro indefinido.

nos fue posible hacer un recuento preliminar de huevos como base para seleccionar los pacientes que habrían de someterse a nuestro estudio, pero de los datos obtenidos en el estudio realizado en la primavera del año anterior, fueron seleccionadas 270 mujeres enfermas que se encontraron entonces con tricocéfalos; sus heces fueron examinadas por el método de flotación en agua saturada de sal, y aquellas que dieron resultados negativos se excluyeron de nuestro estudio. Los casos positivos se dividieron en dos grupos aproximadamente de igual número cada uno y con igual intensidad de infección. Aunque la intensidad de la infección que encontramos en el estudio de la primavera de 1927 sin duda había cambiado para el verano de 1928, esos datos nos proporcionaron una base práctica para la selección de los dos grupos.

Se intentó recolectar una onza completa de materia fecal de cada una de las pacientes por 3 días seguidos. En la mayoría de los casos tuvimos éxito. Algunos pacientes sin embargo pro-

dujeron solamente dos especímenes y en pocos casos sólo uno se logró. Estos especímenes fueron enviados al Laboratorio de Investigación en Andalucía, Alabama, donde se guardaron en hielo para realizar recuentos posteriores de huevos.

A un grupo de pacientes se le administró 60 c. c. de leche de higuerao mezclado con doble cantidad de leche de vaca, y al otro grupo se le suministró 1.5 c. c. de aceite de quenopodio administrado en dos dosis en cápsulas de gelatina dura. Como en las series anteriores, se les permitió una merienda ligera, pero sin desayuno. No se les administró ningún purgante preliminar. Dos onzas de sulfato de magnesia se prescribieron para cada una de las pacientes dos horas después del tratamiento. Ambos antihelmínticos se toleraron bien y no se recibieron quejas. Los pacientes tomaron la leche de higuerao con más gusto que el aceite de quenopodio. Después de un intervalo de 7 a 10 días, las materias fecales fueron nuevamente recolectadas por 3 días consecutivos, remitiéndolas inmediatamente a los Laboratorios de Investigación en Andalucía, para recuentos de huevos posteriormente.

El número de pacientes en cada grupo era idéntico y se componía de 117 enfermas. Del grupo que recibió leche de higuerao, el 77 por ciento suministró todos los especímenes fecales requeridos, es decir, 3 evacuaciones antes y 3 después del tratamiento; mientras que del grupo que recibió el aceite de que-

nopodio sólo el 72 por ciento entregó las evacuaciones necesarias.

16 por ciento del primer grupo y 21 por ciento del segundo grupo dejaron de suministrar uno de los especímenes. En ambos grupos, el 7 por ciento dejó de suministrar dos especímenes en una o ambas de las series de recolección de 3 días cada una.

En otras palabras, en ambos grupos el 93 % suministró por lo menos dos especímenes fecales tanto antes como después del tratamiento, y la mayoría suministró tres especímenes fecales cada uno.

Discusión de los resultados Con el fin de observar el efecto del tratamiento en personas con distintos grados de infección según se comprobó por el recuento de huevos, las pacientes se clasificaron por grupos. Según nosotros sabemos no se ha hecho ningún trabajo sobre la correlación de la proporción que existe entre huevo y gusano del tricocéfaloo, aparte del publicado por Manalang en 1928. En 4 casos clínicos encontró que la variación entre los recuentos posteriores y anteriores al tratamiento!, no ¡tiene relación con el número de gusanos encontrados, debido a que todos los gusanos que son muertos como consecuencia del tratamiento, no siempre son eliminados durante el periodo de observación. Esto coincide con nuestra propia experiencia en los nueve casos previamente estudiados. De 18 cadáveres autopsiados, que fueron estudiados por Manalang, 4 sin lesiones in-

testinales, que murieron repentinamente, pueden sin duda aceptarse como casos de control. Manalang sugiere que otros 5 sin anomalías intestinales pueden ser considerados como un segundo grupo de control. Uno de estos sin embargo, era una criatura de 13 meses de edad, y no debe ser considerada como adulto. En un caso adicional, el recuento estuvo tan fuera de proporción con los otros que para nuestro objeto bien puede ser descartado. Manalang hizo recuentos de huevos obtenidos del ciego, colon transverso, S ílica y del recto.

Toda vez que los trabajos fuera de laboratorio tendientes a determinar las diversas intensidades, deben basarse en recuentos de huevos obtenidos en evacuaciones normales los recuentos obtenidos por Manalang del ciego, colon transverso, S ílica y recto, sólo se consideran en este trabajo como base para formar los grupos de intensidades.

El promedio de recuento de huevos de los 7 casos control, o sea 150 huevos por gramo de materia fecal formada, puede tomarse como el promedio de producción de huevos del gusano hembra. Manalang sostiene que 310 huevos por gramo de materia fecal es la producción

de éstos cuando todas las regiones del intestino son consideradas. En las bolsas de tricocéfalos perfectamente conservados y eliminados por un paciente de nuestras series, encontramos 900 tricocéfalos machos y 1056 hembras. En los tricocéfalos de los 18 cadáveres estudiados por Manalang, se encontraron 65 machos y 70 hembras. En otras palabras parece existir cierta preponderancia de las hembras, pero para nuestro objeto, los dos sexos pueden considerarse en igual proporción, de tal suerte que un recuento de 150 huevos representaría normalmente dos gusanos. Sobre estas bases hemos dividido las infecciones por tricocéfalos en grupos de intensidad. Habiéndose notado la eficiencia antihelmíntica comparativa de la leche del híguerón para extirpar los ascárides en aquellos casos donde se encontró este parásito, damos a continuación también los grupos de intensidad para infección por ascárides., basados en nuestros propios descubrimientos de aproximadamente 1900 huevos de ascárides por gramo de materia fecal eliminada por asilada adulta. Estas clasificaciones son simplemente grupos de estudio, y no tienen correlación directa con síntomas clínicos variables comprobados.

Clasificación de las pacientes estudiadas de acuerdo con la intensidad de la infección por tricocéfalos. (Basados sobre los casos control de las series de autopsias de Manalang, i. e. 150 huevos por gramo de materia fecal por adulto.)

Grupos de intensidad	Huevos por gramo de materia fecal formada	N° aproximado de gusanos adultos
A	1-- 1,999	1-- 25
B	2,000-- 7,499	26-- 99
C	7,500--37,499	100--499
D	37,500--74,999	500--999
E	75,000-- y más	1,000 y más

Clasificación de las pacientes estudiadas, de acuerdo¹ con la intensidad de la infección por ascárides. (Basados en cálculos de Cherokee de 150.000 huevos por mujeres adultas, por día, o 1900 huevos por gramo: cantidad promedio de materia fecal formada por día, 79.5 gramos.)

Grupos de intensidad	Huevos por gramo de materia fecal formada	N° aproximado de gusanos hembras adultas
A	1-- 9,999	1-- 5
B	10,000-- 49,999	6--25
C	50,000--189,999	26-99
D	190,000 y más	100 y más

La tabla número 1 presenta el resultado en la infección por tricocéfalos, según es demostrado por la reducción en los recuentos de huevos después de un tratamiento con (a) leche de higuierón y (b) aceite de quenopodio.

De la reducción habida en los recuentos de huevos obtenidos en las series pequeñas de 1927 y en el grupo más numeroso tratado en 1928, resulta evidente que en la leche del higuierón tenemos un antihelmíntico de primer orden y gran eficacia en

el tratamiento de la tricocefalosis. Una reducción de 85.0 por ciento en los recuentos de huevos fue obtenida en el grupo de 117 personas tratadas en 1928, y una reducción de 89.5 por ciento fue el resultado logrado en el grupo menor tratado en 1927. La variación en el porcentaje de reducción en el recuento de huevos en los diversos grupos de intensidad no es marcada, aunque sí es de notarse una pequeña reducción en el porcentaje en los grupos de alta intensidad como C(84.4 por ciento) y DE

TABLA NUMERO UNO

Eficacia antihelmintica de la leche del higuieron en comparacion con la del aceite de quenopodio en el tratamiento de la tricocefalosis, comprobada por los recuentos de huevos.

Medicamento	Grupo	Num. de casos	Recuento de huevos por Gramo de materia fecal forrada		Porcentaje de reduccion	Num. de curados	Porcentaje de curados
			Antes	Despues			
Leche de Higuieron 1927		9	656,440	68,660	89.5	2	22.2
	A	51	38,300	4,600	88.2	38	74.5
	B	37	148,500	15,100	89.8	17	46.0
	C	22	346,700	43,900	84.04	7	32.7
	D	6	280,100	57,000	82.3	0	0.0
	E	1	77,300	8,300	87.9	0	0.0
Total		117	890,000	129,800	85.4	62	53.8
Aceite de Quenopodio 1928							
	A	56	46,600	38,000	18.2	3	3.6
	B	24	87,800	69,000	21.4	0	0.0
	C	32	468,900	370,900	20.9	0	0.0
	D	2	101,300	88,600	11.9	0	0.0
	E	3	354,000	312,400	11.9	0	0.0
Total		117	1,058,600	578,900	17.0	2	

(83.3 por ciento) al compararse con los primeros grupos AB (89.5 por ciento). Existe también una diferencia notable en el porcentaje de curaciones en los diferentes grupos de intensidad: 74.5 por ciento curados en el grupo A; 46.0 por ciento en el grupo B; 32.7 por ciento en el grupo C y ninguno en los grupos DE. De todo esto se desprende que en todos los casos, con excepción de ligeras infecciones, el tratamiento debe repetirse con objeto de extirpar totalmente todos los tricocéfalos.

La notable efectividad de la leche de híguerón para extirpar los tricocéfalos, contrasta con los resultados tan pobres obtenidos con el aceite de quenopodio. Solamente una disminución de 17 por ciento en la cantidad de huevos eliminados se obtuvo en el grupo de 117 personas tratadas con 1.5 c.c. de aceite de quenopodio; sólo 2 miembros de este grupo, o sea un 1.7 por ciento demostraron no tener huevos en sus especímenes fecales, y estas dos personas habían tenido pocos huevos en las materias fecales examinadas antes del tratamiento. —Stoll y Schapiro en 1927, que trataron con quenopodio a 94 personas (incluyendo niños) informan haber logrado una reducción de un 23.0 por ciento en la eliminación de huevos, basados en el recuento de un espécimen fecal. La variación en la reducción de porcentajes en los primeros tres grupos de intensidad de nuestras series no es muy marcada. Los grupos DE fuertemente infectados presen-

tan una reducción de 67 por ciento de aquella que presentan los grupos con menos parásitos. El número de casos —5 en la clasificación DE— sin embargo, es demasiado pequeño para realizar una comparación importante.

Efectividad de la leche de híguerón en el tratamiento de los ascárides

Sucedió que 37 personas en cada uno de los grupos estudiados, estaban infectados con ascárides. A juzgar por los resultados que aparecen en la tabla número 2, la leche del híguerón es igualmente eficaz, si es que no más, aún para extirpar tanto los ascárides como los tricocéfalos. La disminución en la cantidad de huevos de ascárides contados después de un tratamiento con la leche del híguerón, fue de 89.0 por ciento y el 70.3 por ciento de los pacientes observados, obtuvieron cura completa.

En un grupo de iguales proporciones tratado con aceite de quenopodio, el porcentaje de disminución en la cantidad de huevos de ascárides contados fue de 83.2 por ciento, aunque ligeramente la mayor proporción de pacientes aparentemente curados, pues éste ascendió a 83.8 por ciento.

CONCLUSIONES:

1.—Debido a lo muy generalizado que se encuentra el tricocéfalo en el organismo humano, su indiscutible carácter patógeno en infecciones severas y su peligro aún cuando alojado en menor cantidad, hace que el tra-

TABLA NUMERO DOS

Eficacia de la Leche de Higuierón en el tratamiento de la infección por Ascárides en comparación con la de Aceite de Quenopodio, según lo demuestran los recuentos de huevos.

Medicamento	Grupo	Nura. de casos	Recuento de huevos por Gramo de materia fecal formada		Porcentaje de reducción	Num. de curados	Porcentaje do curados
			Antes	Después			
Leche de Higuierón, 1928	A	21	74.700	12.600	83.2	178	81.0
	B	142	363.800	32.900	91.0	1	57.1
	C		163.400	20.500	87.5		50.0
Total		37	601.900	66.000	89.0	26	70.3
Aceite de Quenopodio, 1927	A	2 13	2.100	0	100.0	2 12	100.0
	B	11 1	403.500	18,500	95.5	10 1	91.6
	C		854,100	53.400	93,8		91,8
	D		154.200	0	100.0		100.0
Total		87	71.900	71.900	94,9	25	92.2
Aceite de Quenopodio, 1928	A	25 9	83.900	800	99,4	24 6	96.0
	B C	2 1	189.300	13.000	93.1	0	66.6
	D		183.600	96.600	74,4	1	0.0
			202.100	0	100.0		100.0
Total		37	658.900	110.400	83.2	31	83.8

tamiento de este parásito revisa especial importancia.

2.—Ha quedado perfectamente bien comprobado que los antihelmínticos usados generalmente en el tratamiento de infecciones parasitarias, son del todo ineficaces contra el tricocéfalo.

3.—La leche del higuérón ha sido usada por los nativos de Sud América con gran éxito como un vermífugo general, especialmente contra el tricocéfalo —y el uso de este látex ha sido recomendado por numerosos investigadores.

4.—La cantidad de leche de higuérón que nos fue facilitada y que nosotros mantuvimos en un lugar fresco casi un año antes de emplearla, la encontramos de una efectividad extraordinaria en el tratamiento del tricocéfalo y los ascárides.

A.—En el tratamiento de 9 enfermos en 1927 con 30 cc. de este medicamento, y de 117 enfermos en 1928 con 60 c. c. cada uno, se logró una disminución de 89.5 por ciento y 85.4 por ciento respectivamente en la producción de huevos en las dos series, lográndose también un 22.2 por ciento de enfermos curados en el primer grupo de 53.8 por ciento en el grupo de 1928. La variación en el porcentaje de (enfermos curados en los diferentes grupos de intensidad (A-74.5; B-64.0; C-32.7 y DE-0.0 por ciento) sugiere la conveniencia de suministrar dos dosis de 30 gramos cada una para extirpar totalmente todos los gusano.

B.—Los resultados obtenidos por nosotros en el tratamiento de un número igual de enfermos con aceite de quenopodio están muy de acuerdo con los resultados obtenidos por otros investigadores, y ponen de manifiesto la ineficacia de esta droga en todo tratamiento por vía oral. Sólo se observó una disminución de un 17 por ciento en la producción de huevos y únicamente se logró un 1.7 por ciento de enfermos curados.

C.—En el grupo tratado con leche de higuérón, la producción de huevos de ascárides en los 37 pacientes infectados, se redujo en un 89.7 por ciento —y el 70.3 por ciento de los enfermos fueron curados—. Esto compara favorablemente con los resultados obtenidos con un número igual de enfermos infectados de ascárides y que fueron tratados con quenopodio, obteniéndose una disminución de 82.2 por ciento en la producción de huevos y un porcentaje de 83.8 por ciento de enfermos curados.

Deseamos expresar nuestra gratitud al Dr. W. D. Partlow, superintendente de los Hospitales de Dementes del Estado de Alabama; al Dr. E. L. McCaffety, Superintendente del Hospital Searcy y a las ayudantes de la Sección de Internados del Hospital Searcy, Miss Bakwell y Miss Goyette por su cordial y eficaz colaboración. Sin su ayuda esta investigación no habría sido posible.

—De Boletín de Sociedad Médica Farmacéutica de Guadalajara,—

El Timo y la Muerte Repentina en los Niños

Por el Profesor Martínez Vargas

Pese a todos los modernismos y a todas las campañas *progresivas*, no se logrará disolver la familia, la célula social de la humanidad, ni extirpar del corazón humano el amor al hijo, que por ser el continuador de nuestra estirpe más allá de la muerte, representa el más alto y complejo exponente del instinto de conservación.

La vida de todo niño constituye una acumulación de ilusiones, de esperanzas y de proyectos, que por cernerse en la esfera de un porvenir incógnito, suscitan el máximo afán y la más grande expectación. Niños abandonados en el umbral de una iglesia y recogidos por persona caritativa cuando parecían piltrafas humanas, han sido, llegados a su madurez, hombres cumbres; en cambio otros, nacidos en dorada cuna, criados con los máximos cuidados, han sido adultos perversos, baldón de su familia y de su época. Precisamente por esta incógnita, un niño sano es flor de maravilla para su hogar y un valor en potencia para la nación. Y cuando la muerte ocurre, sobre todo si es repentina, la antigua frase de "angelitos al cielo," es substituida por la violenta crispación de los padres, que ven enlutado su corazón para siempre y a la Patria con un ciudadano menos.

La muerte repentina, inesperada, de los niños, suele reves-

tir un aire trágico. Un día, en los comienzos de mi profesión en Madrid, fui llamado con urgencia por un matrimonio joven: llenos los padres de amor por su hijito de 6 meses, le acostaron en su propio lecho la noche anterior; al despertar el día siguiente le vieron muerto. Parecidos a éste, he visto dos casos más.

Un día, en París, una nodriza acostó consigo al niño que criaba y sin apercibirse del menor trastorno, en la mañana siguiente encontró el niño muerto. Los padres acusaron a la mujer de acción criminal, siendo inocente, y fue precisa la intervención de un prestigioso médico forense para que la nodriza no fuera a presidio.

Un hijo de un colega y amigo mío, mientras se hallaba en el paseo, en brazos de su niñera, tuvo una rabieta, estiró su cuello como en un respingo y quedó instantáneamente muerto.

Hace varios meses, un amigo me escribió una carta refiriéndome su intensa amargura por la pérdida de su hijito con muerte súbita, después de algunos trastornos. Y lo peor es —añadía— que no sabemos de que ha muerto." Indudablemente, por el timo.

Hace unas semanas, procedente de una ciudad distante, trajéronme una niña de 6 meses: tenía ataques de fatiga, algún ruido o estridor, amoratamiento y amenazas de muerte.

Pasada la crisis estaba tranquila. Diagnosticué una hipertrofia del timo y apunté la posibilidad de una muerte repentina. Puesta ante la pantalla radioscópica, se confirmó el diagnóstico y la radiografía lo hizo más patente. *Dos* aplicaciones de radioterapia la aliviaron mucho; la llevaron a su casa para traerla de nuevo y seguir el tratamiento; tardaron demasiado y un día la niña murió de pronto.

Contados serán los médicos que no hayan presenciado muertes semejantes. Marfan relata la historia de una niña de 21 meses que murió trágicamente después de haber comido con fruición: la necropsia descubrió una hipertrofia del timo y compresión traqueal. Hedinger ha visto la muerte repentina en 5 niños de entre 9 de la misma familia. Perrin habla de 9 muertes repentinas entre 11 hermanos. Griffith refiere que ha presenciado la muerte súbita de 7 hermanos entre los 3 y los 8 meses. Battino ha registrado esta clase de muerte en 3 hermanos al llegar a la misma edad. El "estado timolinfático" descrito por Paltauf en 1889 recibe el nombre de "diátesis de la muerte," esto es, de predisposición.

Esta manera de morir se debe casi siempre a los trastornos ocasionados por el timo. Existen otras causas de muerte repentina, causas extra tónicas; pero en este segundo grupo las enfermedades precursoras, los

síndromes coincidentes, privan a la manera de morir del aspecto imprevisto, desgarrador y desconcertante de la muerte tímica.

Interesa, por tanto, propagar estos hechos para mostrar a los iectores de "Blanco y Negro" la conveniencia de hacer la radiografía de todo recién nacido, por sano que parezca, para tener la seguridad de que no le amenaza una muerte súbita. Esta medida será apremiante si el niño presenta indicios de timopatía, ya que la radioterapia profunda aplicada con **regularidad**, curará la afección, evitando así el peligro.

* * #

El timo es el órgano peculiar de la infancia. Viscera sanguínea, empieza a atrofiarse al terminar el segundo año y al llegar a la pubertad, salvo los casos de persistencia anormal, se epequeñece y su función se extingue. Su peso oscila entre 6 y 14 gramos. No obstante, en algún niño ha alcanzado el peso de **100** y de **200** gramos. En un niño que murió en mi Clínica, el timo pesaba 50 gramos y produjo la muerte súbita. La necropsia reveló la compresión de la tráquea, causa de la asfixia (1).

(1) Martínez Vargas: La Medicina de los Niños, 1935, página 118.

—Continuará.—

N O T A S

En los primeros días de este mes contrajo matrimonio nuestro querido colega y compañero de redacción Dr. Antonio Vidal con la señorita Blanca Soto.

»—«

Hemos recibido el número 2 de Guatemala Médica, Revista nítidamente impresa y con abundante y excelentes trabajos de antiguos compañeros y maestros nuestros.

»—«

La Academia de Medicina de Lima se titula un folleto publicado por el Secretario perpetuo de la misma, Dr. Carlos Enrique Paz Soldán, resumen y comentario de las actas de esa benemérita institución desde su fundación como Academia Libre en 1884 a 1889.

»—«

La Revista Médica Hondureña ha sido gentilmente invitada por el Comité organizador para hacerse representar en el III Congreso Internacional del Paludismo que se reunirá en Madrid del 12 al 18 de octubre de este año.

»—«

Emotividad y Neurosis de Guerra es un folleto escrito en francés y publicado en *Bulletín Internacional* del Dr. Juan Marín que nos ha enviado el autor con atenta dedicatoria que mucho agradecemos.

Por encargo especial de nuestro representante en la República Argentina Dr. Manuel F. Rodríguez hemos recibido un volumen conteniendo las Actas General es de la 9 Conferencia Sanitaria Pan-americana celebrada en aquella ciudad del 12 al 22 de noviembre de 1934..

»—«

En días pasados fuimos sorprendidos por el hallazgo de una tensión arterial Mx 30 y mínima 14 al Vasquez en una enferma de 36 años, de oficios domésticos, originaria de Choluteca, antigua específica, que llegó a consultarnos por cansancio al menor ejercicio, dolor de cabeza permanente y mareos. Hicimos el diagnóstico de Nefritis hipertensiva e Insuficiencia mitral.

Al Servicio de Cirugía de Mujeres del Hospital General se presentó el mes pasado una joven paciente contando que hacía dos días se había tragado un alfiler. El examen radioscópico mostró realmente su presencia en la fosa ilíaca derecha. Tres días después salió el cuerpo extraño con las materias.

»—«

El 24 del presente mes celebró sus Bodas de Plata matrimoniales nuestro querido consocio y amigo Dr. Héctor Valenzuela.