

Año VII

*La Policlínica*

REVISTA

Nº 71

## MEDICA HONDUREÑA

Director:

DR. S. PAREDES P.

Redactores:

DR. HUMBERTO DIAZ

DR. MANUEL CACERES VIJIL - DR. GABRIEL R. AGUILAR

Secretario de Redacción:

DR. ANTONIO VIDAL

Administrador:

DR. MARCO DELIO MORALES

## SUMARIO

Página

Página de la dirección . . . . .	259
Reacción de Brossa para el diagnóstico del cáncer, por el Dr. Manuel Cáceres Vijil . . . . .	261
Disenterías palúdicas, por el Dr. Roberto Gómez Robelo . . . . .	264
Revista Quirúrgica, por el Dr. S. Paredes P. . . . .	268
Consideraciones sobre los casos en que indicamos toracoplastia, por José F. Mas y Hugo Brugini . . . . .	271
Urefrorragia, por O. M. . . . .	274
Infantilismo hipofisario, por el Dr. Marcial P. Ochoa . . . . .	280
La conducta general en los traumatismos, por el Dr. Luis Baz E. . . . .	287
Los Mayo de Rochester . . . . .	292
La esterilidad conyugal y su tratamiento por el ginecólogo, por el Profesor H. Eyner . . . . .	295
El ácido clorhídrico como indicador en los focos latentes de infección, por el Dr. Charles DeWitt Colby . . . . .	310
Los médicos norteamericanos diagnostican su propio caso, por el Dr. Julio Cantalá . . . . .	313
Ensayo de rectificación a la dietética, por el Dr. Alfonso G. Alarcón . . . . .	319

Julio y Agosto

Imprenta

1937

Calderón

# REVISTA MÉDICA HONDUREÑA

Órgano de la Asociación Médica Hondureña

DIRECTOR:

Dr. S. Paredes P.

REDACTORES:

Dr. Humberto Díaz

Dr. Manuel Cáceres Vigil

Doctor Gabriel R. Aguilar

SECRETARIO DE REDACCIÓN:

Dr. Antonio Vida)

ADMINISTRADOR:

Dr. Marco Deiiio Morales

Año VII í fegu^igilpa, Hund. C. A., Julio y Agosto de 1937 j No 71

## PAGINA DE LA DIRECCIÓN

*Motivo de largas discusiones ha sido la moción presentada por un diputado mexicano tendiente a que el estado escoja de entre sus más prominentes médicos especializados en cada una de las ramas de la medicina un cierto número para que se constituyan en tribunal supremo, elija de entre ellos una comisión que recorra todas las poblaciones del país examinando a los médicos para informar del grado mayor o menor de competencia de cada uno de ellos debiendo suspenderse los que no den pruebas satisfactorias de su saber.*

*Entre los muchos comentarios al proyecto encontramos uno muy cuerdo y lógico, dice que no son los médicos los responsables de su ignorancia, son sobre todo las Facultades<sup>1\*</sup> que les extendieron el diploma de capacidad para ejercer la medicina. No han de ser castigados las mismas víctimas de la generosidad criminal y del compadrazgo sino los directores de establecimientos públicos otorgantes de tales falsos títulos.*

*Otro dice Que los médicos mediocres son menos perjudiciales que los curanderos porque siquiera pasaron por las aulas y hospitales donde algo pudo haberseles pegado y que el mayor mal de la República consiste no en el exceso de facultativos sino en la desigual repartición de ellos, pues en las ciudades hay uno por mil habitantes en tanto que en los campos no existe uno por 20.000 personas de donde viene una nula o insuficiente asistencia para infinidad de enfermos.*

*Por el estilo hemos leído muchísimas resoluciones al problema de la asistencia social y nos llamó la atención el proyecto del Presidente Roosevelt presentado al Congreso de médicos americanos reunido recientemente proponiendo la socialización de la medicina*

*en vista de la enorme cantidad de habitantes del país que no disfrutan de la asistencia médica.*

*No nos extraña el hecho apuntado, son tantos los países donde los ciudadanos sufren las inclemencias de la enfermedad por falta de medios pecuniarios para atender sus calamidades y por falta de protección social y gubernamental que si ello fuera un consuelo, nuestra conciencia estaría tranquila al contemplar el lamentable espectáculo que se observa aquí donde hasta departamentos enteros hay sin un solo médico ya no digamos sin hospital y sin atención de ningún género.*

*Desde hace muchos años concebimos la idea de implantar el servicio médico militar obligatoria para solucionar en parte la gravedad de la crisis existente. Pensavimos someter el proyecto a los poderes públicos pero la escasez de facultativos nos contuvo.*

*Las condiciones han cambiado en los doce años transcurridos de entonces para acá. Ahora hay suficiente número para el servicio obligatorio. El estado costea los estudios primarios, secundarios y universitarios; justo es que en alguna forma correspondamos aquel favor sirviendo donde la necesidad se haga más perentoria por una remuneración racional y por un tiempo de 3 años.*

*Podría muy bien aplicarse a todos los egresados durante los últimos 5 años y luego a todos los que fueran obteniendo su diploma en el país o en el extranjero. Los médicos más viejos o ya prestaron servicio, como el que escribe que por 3 años fue cirujano militar, o bien ya están arraigados en un lugar con familia y propiedades que les impediría desplazarse a otra parte so pena de serias pérdidas materiales y morales. ' Sin embargo los que aun no hubieren prestado servicios lo harían en la población o departamento donde viven.*

*Al principio no es dudoso que se presentarían resistencias como cuando se hace toda innovación en favor de la generalidad sacrificando en parte los intereses individuales, pero poco a poco tendrían que caer al surco a prestar un contingente indispensable para la vida del país.*

*Entendemos que un solo empleado del servicio médico regularmente renumerado sería suficiente para el trabajo del ramo militar, sanitario y escolar de cada localidad. Sanciones fuertes para los que no cumplieran a conciencia sus obligaciones así como al pobre soldado que deserta de las filas le imponen tan duras penas a*

## Reacción de brosa para el diagnóstico del cáncer

Es de conocimiento general que los sueros de los sífilíticos tratados por diversas sustancias y puestos en iguales condiciones con sueros normales, los sueros sífilíticos precipitan o floculan. Por este fenómeno se ha llegado a la conclusión de que la sífilis determina un desequilibrio en los constituyentes coloidales de la sangre. Este desequilibrio puede ser producido también por otras enfermedades y se ha ensayado para diagnosticar diversas entidades morbosas, como Tuberculosis, cáncer, malaria, etc., por medio del fenómeno de la precipitación empleando un reactivo apropiado.

Para el Cáncer se emplean dos métodos: el primero consiste en usar -como reactivo un extracto de tumores cancerosos, de la siguiente manera: la sustancia activa termoestabil debe ser separada de los albuminoides por ebullición en presencia de ácido acético y después por diálisis.

Este extracto diluido se mezcla al suero que se va a examinar y la formación de un precipitado es constante en el Cáncer. El otro método consiste en emplear un reactivo artificial. El tipo en esta sero-reacción es la Bothelo. Este procedimiento está basado en la propiedad que posee el suero humano de dar un precipitado bajo la acción de una solución yodo yodurada en presencia de ácido nítrico. Esta propiedad es más marcada en IQS sueros cancerosos y la precipitación aparece con una cantidad mucho más pequeña de solución yodada. Tomás y Binetti admiten un poder reductor de los sueros normales y cancerosos puestos en contacto con azul de metileno en presencia de extracto de tumores cancerosos, la diferencia existe en el poder reductor de estos sueros, siendo los cancerosos los que decoloran más rápidamente el azul de metileno.

*sabiendas que es inconciente serian indispensables para quienes, letrados y conocedores de sus derechos y obligaciones se nieguen a hacerlo.*

*Sabemos que la gran mayoría de colegas no estarán de acuerdo con nosotros alegando que nos someterían a las injusticias propias de los vaivenes políticos y que en vez de hacer las nominaciones con un fin humanitario se harían en ciertos casos para castigar adversarios y en otros para complacer y premiar correligionarios. Todo puede suceder, pero entre los inconvenientes apuntables y las ventajas que reportaría la institución del servicio médico obligatorio optamos por él porque creemos sinceramente que sólo en esa forma podría remediarse en parte, aunque exigua la deficiencia de la asistencia pública de nuestra patria.*

Según Correa deduce que la reacción de Roffo o del rojo neutro *es* el resultado de un estudio sistemático en la etiología neoplásica; que aunque no es rigurosamente específica es un coadyubante que asegura la exactitud diagnóstica; que ha sido de suma utilidad, pues ha permitido profundizar los conocimientos de la serología del cáncer. Las causas de la reacción residen en una alteración físico-químico del suero dependiente de la capacidad de oxidación del bióxido de carbono. Se ha señalado la importancia para el diagnóstico de los tumores malignos las distintas reacciones del suero sanguíneo en particular la de naturaleza químico-físico-químico.

La Reacción de Brossa fundada en la marcada inestabilidad coloidal de la sangre cancerosa es la que ha dado mayores porcentajes de positivos en los tumores malignos y el menor porcentaje de positivos en los individuos no cancerosos, según es-

tadísticas que hemos tenido a la vista.

La reacción de Brossa exige una técnica muy sencilla, así:

En un tubo de ensayo se colocan dos centímetros cúbicos de agua destilada y se le agrega dos gotas de sangre del paciente tomadas del pulpejo del dedo o de la vena; se le añaden dos centímetros cúbicos de solución de rojo congo al uno por ciento y se agita, después se le agrega seis gotas de una solución de clorhidrato de quinina al dos por ciento y se deja en reposo. En caso de sangre cancerosa la mezcla se enturbia y flocula más o menos en el espacio de seis a ocho horas, mientras que al tratarse de sangre normal queda limpio por un tiempo mas largo.

Hemos practicado la reacción de Brossa en el Laboratorio de la Dirección General de Sanidad y usamos los términos más uno, más dos, más tres y más cuatro según la intensidad de ésta.

CUADRO DE LA REACCION

	Sexo	Años			
G. D.	masculino	de 28	Positivo	////	Cáncer de la próstata
M. O.	"	" 61	"	///	Sarcoma del Psoas ilíaco
J. J. M.	"	" 27	Negativo		Se usó como control
E. G.	"	" 24	Positivo	//	" " " "
M. V. L.	femenino	" 30	Negativo		Amiblastis
E. F.	"	" 58	Positivo	///	Neo de los anexos
F. G.	masculino	" 28	Negativo		Sin diagnóstico preciso
J. E.	"	" 58	"		Epitelioma de la cara
M. L.	femenino	" 27	"		Sin diagnóstico preciso
M. I. M.	"	" 11	"		Se usó como control
I. M.	"	" 52	Positivo	///	Carcinoma del hígado
L. F.	"	" 68	"	////	Hipernefroma de origen canceroso.

	Sexo	Años			
A. M.	masculino	70	"	///	Cáncer del píloro
F. C. C.	masculino	21	Positivo	////	Carcinoma
J. M.	femenino	16	"	/	Sin diagnóstico preciso
R. V.	masculino	70	"	///	Cáncer del píloro
R. D. A.	"	54	"	///	" " "
F. V.	femenino	35	"	////	Sarcoma de la cara
B. M.	"	33	"	///	Epitelioma de la cara
J. J.	masculino	60	Negativo		Sin diagnóstico preciso
A. P.	"	14	"		Condroma
M. H.	femenino	40	Positivo	////	Cáncer del recto
J. P.	masculino	35	"	////	Carcinoma del pene
E. O.	femenino	20	Negativo		Se usó como control
R. R.	masculino	20	"		" " " "
N. G.	femenino	70	"		Neo de la sublingual

Para poder hacer una comparación tomamos sangre de personas que padecían de otras enfermedades, y tomando anteriormente de individuos sanos para control:

	Sexo	Años			
P. Z.	femenino	17	Negativo	Epilepsia	
C. A.	"	21	"	Paludismo	
L. F.	"	18	"	"	
M. P.	"	20	"	Pleuresia	
I. T.	"	30	"	Especifismo	
M. R.	"	35	"	"	
A. R.	"	40	"	Reumatismo	
S. R.	"	35	"	Tuberculosis	
M. A.	"	37	Positivo	////	"
J. P.	"	16	Negativo		Paludismo

De los quince enfermos con diagnóstico de tumores malignos doce han dado reacción positiva, lo que nos da un ochenta por ciento y tres negativos que resulta un veinte por ciento. En 21 casos de individuos no portadores de tumores malignos la reacción fue positiva en tres que nos da un 14.28 por ciento, advirtiéndole que solo en un caso la reacción fue fuertemente positiva, correspondiente ésta a una

persona en estado avanzado de Tuberculosis pulmonar.

**CONCLUSIONES** 10—La Reacción de Brossa no siendo completamente específica, como no lo son ninguna de las reacciones de floculación y precipitación es un poderoso auxiliar para el diagnóstico de los tumores malignos.

2<?—La Reacción de Brossa por la sencillez de su técnica defoie-

## DISENTERIAS PALÚDICAS

He creído conveniente encabezar este artículo con el título anterior de "DISENTERIAS PALÚDICAS," con el objeto de atraer la atención hacia este importante síndrome de la localización hematozoica en esta región tan importante de nuestro organismo y sobre la cual se ha venido ocupando la Medicina Tropical en los últimos años.

Fue en el año 1932, cuando estuvimos con el compañero Dr. Jesús Echeverría internos en el Hospital "Rosales", gracias a una fina invitación de los estudiantes Universitarios de El Salvador, que por primera vez tuve oportunidad de oír hablar sobre tan importante asunto a los Dres. Luis Velasco y el Dr. Trigueros, ambos eminentes médicos jefes de Clínicas Médicas de aquel Hospital, ellos con una erudición poco imitada dictaban a sus alumnos en sus servicios extensas conferencias, basadas en profundos estudios bibliográficos y recalcan sobre la novedad de ese síndrome "Paludoentérico" refiriéndose principalmente a las lesiones anatomopatológicas, a la variada sintomatología y a los diferentes trata-

ra adoptarse en nuestros Laboratorios.

Para terminar este pequeño trabajo quiero manifestar que a pesar de los buenos porcentajes que nos ha dado esta reacción, continuaremos investigando para ratificar o rectificarlos, excitando al mismo tiempo al

mientos que en forma especial eran practicados basados en la etiología de la lesión y los grandes efectos curativos que se habían alcanzado, relativamente en poco tiempo; fue entonces, que atrajo mi atención esa localización palúdica y de aquella época a la actual he tenido oportunidad de observar y tratar varios casos con magníficos resultados, principalmente en estos dos últimos años que me ha tocado trabajar en una región eminentemente palúdica, al servicio de la Compañía Standard Fruit, donde veo un promedio de 800 a 1.000 enfermos mensuales un 80 a 85 % son palúdicos y varios de los cuales presentan síntomas intestinales variados, tanto en su etiología como en su patogenia; ha sido esto, pues, lo que me ha decidido a escribir sobre este importantísimo problema del trópico con lo que espero exponer mi observación y algunas conclusiones basadas en lo que he logrado asimilar en mis estudios y observación.

Desde luego voy a advertir que este trabajo está muy lejos de una técnica o remedo de la perfección, pues para ello me

Cuerpo Médico para que nos envíe al Laboratorio de la Dirección General de Sanidad los casos que clínicamente diagnostiquen o sospechen de Cáncer.

*Manuel Cáceres Vijil.*

Tegucigalpa, 7 de agosto de 1937.

ha faltado la ayuda de el Laboratorio en primer lugar, luego un equipo terapéutico perfecto y en seguida la falta de una observación continuada, que me hubiera permitido seguir paso a paso los efectos del tratamiento, pero he hecho todo lo posible por reunir algunos hechos que a falta de aquellos indispensables elementos me permitan emitir opinión.

Principiaré por referirme a algunos principios generales, entre ellos el término DISENTERIA; éste no es más que un trastorno de intestino (enteros), ocasionado por varias causas, entre ellas las microbianas (amebas, Bacilos disentéricos, colibacilos, etc.) parasitarias (Ascárides, tricocéfalos, tricomonas,), traumáticas (Contusiones, operaciones) tóxicas, (por medicamentos, drogas, venenos); discrásicas, esenciales o idiopáticas, etc.; las cuales actúan de diferente manera, invadiendo la luz de intestinos o sean las capas endoteliales por vía gastrointestinal o descendente, por vía ascendente o por vía transparietal, siendo esta última la que le sirve al hematozooario, por vía sanguínea, para llegar al síndrome a que me vengo refiriendo; este proceso histopatológico, ha sido estudiado por varios autores y han seguido por cortes micrométricos las diferentes etapas de la lesión parietal, este estudio ha dado la clave, para llegar al conocimiento completo del complexus seguido por el hematozooario y por él se ha llegado en la actualidad a formar un cuadro propio que constituye la DISENTERIA PALÚDICA.

Luego resumiré la trayectoria del hematozooario, para llegar a las velocidades intestinales y producir sus trastornos: bien sabido es que el parásito palúdico tiene su localización en los hematocitos, en ellos evoluciona y se reproduce por fragmentación, invadiendo luego cada uno de estos fragmentos, que constituye un embrión activo a nuevos eritrocitos y así sucesivamente, hasta que su número es bastante considerable, para producir los accesos febriles característicos de cada clase de hematozooario.

El número preciso de esos parásitos ha sido ya determinado por milímetro cúbico de sangre y en un individuo palúdico que adolece de temperaturas ya se puede considerar la cantidad de Laveranias que pululan en todo su organismo; es por eso que de cualquier parte que se le tome una muestra de sangre se le encontrará gran cantidad de ellos si no ha tomado tratamiento específico. Bien pues, así como en las capas periféricas o cutáneas se encuentran los referidos bichos en igual cantidad se encuentra en las internas de entre las cuales vamos a acercarnos a las terminaciones sanguíneas o anastomosis capilares de los ramos o ramificaciones entéricas; su constitución anatómica es bien conocida y sabemos que en cada prominencia o vellocidad intestinal hay una rama arterial y otra venosa, la primera terminación de las arterias entéricas y la otra principio de la vena Porta, es en este sitio, donde por un proceso inflamatorio de carácter no bif^i definido se



producen exudados que irritan la mucosa intestinal y a veces se producen pequeñas hemorragias, probablemente debidas a la repleción de los capilares, por trombos ocasionados por agrupaciones globulares, lo mismo que pequeñas regiones gangrenadas y ocasionadas por la isquemia de la región, al obstruir la luz de los capilares.

La Patogonia es la siguiente: normalmente los glóbulos sanguíneos, circulan sin ninguna dificultad por los capilares, en los cuales se puede decir se enfilan unos tras otros para pasar de las ramificaciones arteriales a las venosas, ya que éstas en las regiones anastomóticas son bastante delgadas y a veces su luz sólo deja pasar un glóbulo, es decir, tiene al rededor de 8 a 10 mieras. Ahora bien, cuando el hematozoo invade al glóbulo y éste se encuentra cerca del período de desintegración ocasionado por la segmentación del hematozoo, el eritrocito duplica su tamaño y hasta lo triplica cuando ha sido infectado por cierta clase de hemozoo que tiene hasta 30 núcleos de segmentación; en ese estado, pues es lógico suponer que no podrá pasar por el vaso el que quedará obstruido por el glóbulo que recibe el impulso sistólico del corazón y es enclavado, se puede decir dentro del capilar al que muchas veces distiende y aun rompe ocasionando las pequeñas hemorragias que acompañan a las deyecciones, cuyo color es rojizo.

Carácter y frecuencia de las deyecciones: Una vez que han sido lanzadas, a la luz del intes-

tino las exudaciones y la sangre de las hemorragias, el intestino se ve obligado por reacción natural a producir en su mucosa un líquido seroso de forma de ténpano lo que hace a las deyecciones de una característica bastante similar con las producidas por las disintéricas amebianas, de las que sólo se diferencia por medio de un examen microscópico que determina la presencia de las amebas en éstas y de hematozoarios en aquéllas aunque es más difícil encontrar a estos últimos. La frecuencia de las deyecciones tiene también, parecido con esta última calidad de disenterías, pues son numerosas líquidas y acompañadas de tenesmo y solamente el microscopio puede diferenciarlas como he dicho antes.

SINTOMATOLOGIA: Lo antes dicho es un resumen HISTOPATOLOGICO de las DISENTERIAS PALUDICAS evitando de hablar sobre la Etiología porque en su nombre está dicho ya que el paludismo es conocido en todas sus formas desde hace mucho tiempo y al referirme a los trastornos histológicos fue para resumir lo que se ha escrito en estos últimos años; ahora quiero referirme a los síntomas, no desde un punto Bibliográfico, sino desde el punto de vista Clínico, es decir de lo que he visto aquí en la casta en los diferentes casos que he observado y luego me referiré al tratamiento más o menos continuado, aun que advierto no será una lista de observaciones, sino más bien una descripción del conjunto sintomatológico. El paciente se presenta por lo regular quejándose de

fuerte dolor abdominal y deseos frecuentes de evacuar, su facies es más o menos lívida, y anémica de un tinte terroso, al examen se nota un aumento del bazo y el hígado y en las fosas ilíacas hay borborismos; la demagración ha sido rápida y por lo regular precedida de fuertes temperaturas con fríos de forma terciana en un 60 por 100; las deposiciones son fétidas y con mucosidad y tinte sanguinolento, aunque no en una forma tan compacta y característica de la disentería amebiana, presentando pues en lo general el enfermo el cuadro de una invasión palúdica aguda con trastornos gastrointestinales.

EL TRATAMIENTO: Ha sido el propio de aquellas lesiones, consistente en primer lugar en la administración de un purgante salino (Epson) seguido por la ingestión de compuestos a base de quinina y Ruibarbo (Mixtura) y algunas veces de preparados arsenicales (914 y cacodi-latos); este ha sido el tratamiento sistemático que he aplicado con un resultado halagador en su mayor parte, pero en algunos casos, principalmente particulares o que han podido responder a él; he suministrado un tratamiento que casi puedo llamar específico en el cuadro PALUDODISENTERICO por medio de compuestos a base de quinina por vía hipodérmica de la cual ha sido la endovenosa la que me ha dado los resultados más rápidos y contundentes. La solución que he utilizado ha sido Diclorhidrato de quinina en suspensión normal de Cloruro de sodio a una concentración de

0.50 Grs. en 5 OC. y puedo decir que en los casos que he sospechado la lesión palúdica intestinal he obtenido una curación específica, pues se ha presentado el caso de individuos que con una sola inyección han curado de su mal en una forma exacta a lo que sucede con la inyección de Emetina en un Disentérico Amebiano. El número de enfermos como he dicho antes ha sido grande y en muchos de ellos solamente *se* les ha tratado por vía oral obteniendo también su curación, pero desde luego lo aseguro que la administración por vía endovenosa ha sido la ideal. Ahora bien: en la administración por vía oral se ha presentado un problema bastante discutido; y es que la quinina no es absorbida en forma terapéutica en la sección gastrointestinal cuando esta presenta reacción inflamatoria, pues el flux diarreico arrastra las sales de quinina y solamente una pequeñísima parte llega a ponerse en contacto con el hematozoario: ha sido este un punto bastante discutido y experimentado y se ha llegado a la conclusión, de que si la dispepsia y la reacción patológica del intestino es de origen palúdico la quinina es absorbida en mayor cantidad que cuando la referida lesión es de otros orígenes. Han sido muchos los autores que han hablado sobre el particular me gustaría saber la opinión de mis colegas hondureños sobre ese punto, basada en su experiencia, ya que estoy en la seguridad que el cuadro a que me vengo refiriendo es de todos los días en su clientela hospitalaria y particu-

lar. Yo por mi parte recalco el hecho apuntado y agregó que en varios casos he notado una mayor absorción de las sales de quinina por vía oral después de una INYECCIÓN DE INICIO, por vía endovenosa, pero hago la salvedad, de que se puede tratar de una apariencia, ya que los efectos curativos post-inyección pueden ser debido a la forma veloz y específica en que el Diclóridrato se ha puesto en contacto con los hematozoos. Y para finalizar diré: que el cuadro de las DISENTERIAS PALÚDICAS, forma un síndrome perfec-

tamente definido en la actualidad y que con la ayuda del Laboratorio se ha llegado a tratamientos definidos específicos, presentándose en el Trópico y en especial en la Costa Norte Hondurena, verdaderas endemias, sin que muchas veces tome participación la Ameba y en consecuencia la mejoría de los pacientes se ha verificado por la administración sistemática de preparados de quinina con resultados terapéuticos excelentes.

*Roberto Gómez Róbelo.*

## REVISTA QUIRÚRGICA

### *Toxemia aguda por quemadura, tratada por extracto de cortical suprarrenal*

W. C. Wilson, G. Dowley y N. A. Gray en The Lancet afirman que la toxemia aparecida entre la 6 y 50 hora de una quemadura constituye toda la gravedad, debida al paso a la sangre de los productos de desintegración de los tejidos. Se observa entonces aceleración del pulso, hipertermia, delirio, ansiedad o bien posturación. En 3 casos los autores han hecho inyecciones de Eucortone de 1 Cgr. cada 2 horas hasta la desaparición de los signos alarmantes. Los 3 casos curaron.

### *Nuevos procedimientos operatorios para las pseudo-artrosis y lesiones de ligamentos articulares*

H. von Seemen de Munchen en Archiv für Klinische Chirurgie propone ■contra^ los retardos de

consolidación y pseudo-artrosis puncionar con un instrumento especial el foco de fractura reparado por fluoroscopia y luego electrocoagular. La misma técnica aplica a las rasgaduras ligamentosas.

### *Fracturas de la columna vertebral con paraplegia tratadas por el método de Bohler*

Zurria de Catane en Bolletino della Societa Medico-chirurgica de Catania refiere 10 casos de fractura de la columna vertebral tratados (por hiperextensión y movilización 48 horas después del accidente con muy buenos resultados. El enyesado duró 8 semanas y se obtuvo curación sin atrofia. No hubo incurvación secundaria a pesar de la falta de aparato de sostén.

En otros 2 casos hubo paraplegia, uno por fractura por aplastamiento de la 9, 10 y

11 vértebras dorsales; reducción a los once días y enyesado. Se hizo una gimnasia adecuada y después de 18 días los movimientos activos empiezan y a los 3 meses se quita el enyesado con resultado muy bueno. El otro caso se encuentra bastante mejorado a los 88 días de tratamiento.

#### *Tumores del ovario*

P. Bernstein de New York en American Journal of Obstetrics and Gynecology reporta una memoria detallada clínica y anatómo-patológica de 1.101 tumores del ovario operados en el Hospital Mont Sinai de 1924 a 1935.

Ocupan el primer lugar en frecuencia los quistes simples; el segundo los dermoides; tercero los cánceres serosos papilares con un 80 % de todos los cánceres del ovario.

17.3 % de los tumores del ovario son malignos.

95 % son carcinomas, de los malignos.

5 % son sarcomas. 58 % de los tumores se observan en mujeres entre 20 y 40 años.

30 % en mayores de 40 años. 12 % en menores de 20 años. Las reglas eran normales en 54 % de pacientes, aumentadas en 26.5 %; disminuidas en 17.9 %.

Dismenorrea en 15 %. Se presentaron metástasis en 76 % de los cánceres operados. 36 % de metástasis se hicieron en el tubo digestivo y el peritoneo.

Hubo ascitis en 54 %; líquido claro, algunas veces sanguinolento, raras purulento.

Signos: dolor, náuseas, vómitos, oclusión intestinal, masa abdominal, trastornos vesicales, respiratorios.

Tiempo de sedimentación investigados en 27 % de casos mostró su importancia en las anexitis, degeneración de tumores e infecciones agregadas.

#### *Disminución de la hiperpolipeptidemia secundaria a destrucciones celulares bajo la acción de la insulina sola o asociada a la glucosa*

O. Labret, J. Driessens y H. Malatray en Comptes rendues des séances de la Société de Biologie declaran la existencia de un síndrome humoral en todos los quemados caracterizado por hiperglicemia marcada e inmediata (2.50 y más) hipocloremia generalizada, plástica y globular que aparece después de algunas horas y una hiperpolipeptidemia fuerte (hasta 0.250) después de 18 a 24 horas.

La administración de insulina en cantidad suficiente (hasta 60 u 80 unidades por día) asociada a 150 a 200 gramos de suero glucosado al 30 % impiden la hiperpolipeptidemia.

#### *Cuerno de vaca usado como fijador en cirugía ósea. 40 casos*

W. B. Carrel de Dallas, Texas, ha empleado cuerno como material de sutura ósea en forma de placa, lámina, tallo recto o curvo y clavo. Es de bastante resistencia y flexibilidad; se esteriliza con 30 minutos a la ebullición.

Es bien tolerado por el tejido óseo, no irrita, se reabsorbe en 8 a 12 meses lo ha usado en 50 fracturas diafisarias o epifisarias y en pseudoartrosis con buenos resultados

*Epilepsia secundaria a un tumor cerebral; amputación del lóbulo frontal izquierdo con el tumor; curación*

D. O. Vasiliu, G. Gaitulescu y . Malfeta de Bucarest en Spitalul refieren la siguiente observación: enferma de 24 años, presenta crisis de epilepsia generalizada desde nace 7 que se hacen más frecuentes y seguidas de trastornos post-comieiales. Hay trastornos mentales y amenoreea desde 6 meses. Se diagnostica tumor intracraneano, meningioma supra-orbitario tipo psammo-angioma. Anestesia lo-

cal, craniotomía izquierda con todo y tumor; sutura de la duramadre, colocación del colgajo óseo y sutura de la piel. Desde hace seis meses el paciente se encuentra bien trabajando en una oficina.

*Oclusión intestinal de origen amibiano*

A Bassler de New York en Journal of The American Medical Association refiere el caso de un hombre que padece desde hace 22 meses de una colitis disenterica rebelde presenta un día una oclusión baja. Creyendo en un neoplasma sigmoideo el cirujano practica una cecostomía; era una pseudo-neoplasia amibiana que cedió con un tratamiento específico energético.

*S. Paredes P.*

## Consideraciones sobre los casos en que indicamos toracoplastía (\*)

Por

José F. Mas y Hugo Brugnini

En este breve comentario es nuestra intención omitir en lo posible toda opinión ajena, así como la extensa bibliografía que existe. Sólo deseamos exponer nuestra propia experiencia, que bien no es muy numerosa — veinte casos — tiene el valor intrínseco que posee todo caso visto.

Con este objeto hemos dividido en capítulos, para ser más ordenados en la exposición, las enseñanzas que creemos poder indicar y que presentamos a consideración de esta Sociedad. *Intervención.*—No vamos a hablar de técnica operatoria, pues [tema no nos corresponda; sólo] diremos que nuestros enfermos 103 han sido todos intervenidos por el Dr. Víctor Armanú Ugón, sin distinción, han hecho un postoperatorio benigno. Como complicaciones, tenemos dos encarceramientos del omóplato; uno que cedió al completar la plastía, y el otro no se ha reinvenido, pues el enfermo ha hecho una infección de la pared, [que impide por el momento proceder (lleva tres meses de operado)].

Son bien conocidas; por ello no hartaremos; sólo vamos a hacer

un comentario crítico cronológico.

Hubo un momento (en el que nosotros también fuimos llevados), en el que la plastía era el último eslabón en la cadena de la colapsoterapia. Primero se intentaba el neumotorax; si éste no podía hacerse o era ineficaz, se recurría a la frenicectomía, y si ésta fracasaba, entonces se planteaba la plastía. Hoy, conocidas mejor las indicaciones de cada intervención, se evitan en parte estos errores, que si en el caso del neumotorax no tienen mayor importancia, lo contrario sucede cuando se trata de frenicectomía. Esta intervención, quizás por su aparente inocuidad, se ha prodigado en forma tal que es raro encontrar un enfermo con plastía a quien no se le haya practicado una frenicectomía. Al indicar una frenicectomía, no sólo debemos pensar en lo benigno de la intervención, sino en las modificaciones mecánicas que acarrea, que pueden ser perjudiciales, y a las que no puede ponerse remedio por ser operación definitiva. Debemos recordar la sinergia compensadora que existe entre la pared costal y el diafragma; si paralizamos éste, aquélla adquirirá en determinadas circunstancias un mayor desplazamiento, pudiendo influenciar de manera desfavorable sobre las lesiones. En estas condiciones son a

(\*) Comunicación a la Sociedad de Fisiología, leída en la sesión realizada el 14-VIII de 1936.

las que generalmente se presentan los frenicectomizados para ser intervenidos por plastía: lesiones más extendidas que antes de la frenicectomía y déficit respiratorio de la base.

En cuanto al neumotorax, somos partidarios de intentarlo a veces antes de la plastía, pues alguna vez hemos evitado esta intervención. Si éste fracasa, nos decidiremos por freni o por plastía, sin que tengamos necesariamente que hacer seguir estas intervenciones, una a otra.

Un método que, a medida que más se conozca, dará grandes luces para la elección del procedimiento colapsoterápico a instituir, sobre todo en la frenicectomía, es la radioquimografía, pues con su estudio podemos saber si las partes enfermas son influenciadas por la parrilla costal, mediastino o diafragma.

En cuanto a los enfermos que deberán ser intervenidos, exigi-

mos un buen o relativamente buen estado general, no disneicos ni taquicárdicos, enfermos cuya bacilosis no sea antigua, pues en estos casos son intoxicados que toleran mal la intervención. Como prueba funcional practicamos la que consiste en hacer subir y bajar al enfermo diez escalones, si la respiración alcanza a 35 y el pulso a 125, contraindicamos la operación. Las demás pruebas de suficiencia las confiamos a la pericia de nuestro colaborador Dr. Armand Ugón.

*Resultados* Hemos efectuado veinte toracoplastías; once en mujeres y nueve en hombres; obteniendo trece sobrevividas y siete muertes.

Estas muertes acaecieron: tres por hemoptisis fulminante (enfermos éstos que no dejaron completar su plastía), dos por

fcilateralización, una por neumonía contrólateral, y una por anuria, al quinto día de operado.

Hicimos efectuar once plastias altas, una plastía baja, seis plastias locales y dos plastias "in situ", es decir, frente a la lesión; haciendo notar que estas dos últimas fracasaron completamente.

Dentro de las trece sobrevividas, hay dos, hechas hace pocos meses, que no tendremos en cuenta en cuanto al resultado, quedándonos once, dentro de las cuales hemos conseguido nuestro objeto de suprimir la pérdida de su substancia, en ocho, verificándolo con lípidol en cinco.

Las tres restantes, de las once, son plastias de indicación pleural.

De los once enfermos citados, cuatro no expectoran (tres de indicación pleural, y uno con caverna del vértice); los restantes lo hacen, pero en pequeña cantidad, constatándose en ellos gran disminución, con relación a la que tenían antes de operarse, y la desaparición de los bacilos de Koch, buscado en todas sus formas, mismo a la inoculación.

De estos once enfermos considerados, salvo dos, los restantes se han reintegrado a la vida que hacían antes de sentirse enfermos.

La plastia actualmente no debe pesar como intervención, entre los reparos que aún tienen algunos

médicos para repudiarla. La mejor indicación, los progresos de la técnica y la pericia del cirujano son los factores que han contribuido a que el porcentaje, en cuanto a mortalidad operatoria, se reduzca a 0. Los enfermos sometidos a esta intervención fueron los que con otros procedimientos habrían fracasado o, instituidos, hubieran resultado inocuos, cuando no perjudiciales.

En los casos en que indicamos plastía local, hemos fracasado. Este término debe ser aclarado. Lo empleamos en los casos en que la intervención se realiza sobre lesiones en la parte media del tórax, y se reduce a la extirpación de dos, tres o cuatro costillas sobre la parte enferma, respetando las costillas superiores e inferiores. Creemos que esta técnica debe ser desechada, pues el aplastamiento es imposible por las costillas circundantes.

Cuando la indicación de plastía es formal, poco valor debe darse a las lesiones radiográficas del lado opuesto, siempre que ellas después de un estudio clínico y radiográfico nos muestren la ausencia de potencial evolutivo.

Como conclusión final diremos: que somos decididos partidarios de la plastía, y que no hay derecho a privar de ella a enfermos cuyo mal nos prodiga ocasiones ni posibilidades de curación.

(De Revista de Tuberculosis del Uruguay)



## URETRORRAGIA

Es una hemorragia uretral caracterizada clínicamente por un escurrimiento de sangre por la uretra independiente de la micción.

La hemorragia se hace por gotas o por chorro abundante y continuo. Cuando se forma un coágulo es eliminado por esfuerzos de la micción.

Se diferencia la uretrorragia de la hematuria en que la salida de sangre es independiente de la micción. Cuando es abundante tiñe la orina del principio pero después es clara.

Son causas de uretrorragia: rupturas de la uretra, durante el coito o por caídas a horcajadas; sondajes, falsas vías, dilatación de la uretra, uretrotomía interna, prostatectomía, neoplasmas, pólipos, angiomas, blenorragia sobreaguda.

El diagnóstico no es difícil cuando un traumatismo<sup>1</sup>, coito u operación se encuentran de por medio. La abundancia no indica sitio sino extensión y profundidad del accidente. En niños una fuerte uretrorragia proviene generalmente de un angioma de la uretra. En el adulto se debe casi siempre a la blenorragia que se inicia por ese síntoma alarmante, se confirma después por las otras manifestaciones y por el examen microscópico.

Si ninguna de las causas mencionadas apareciera deberá pensarse en epiteloma o pólipos uretrales. La uretroscopia muestra el angioma en forma de manchas violáceas o como un

rodete prominente y azulado. El epiteloma se ve como una masa irregular, roja, que sangra, muy fácilmente.

### *Escurrecimientos uretrales*

Además de flujos sanguíneos se observan en la uretra escurrecimientos mucosos, muco-purulentos y purulentos cuyos caracteres y abundancia dependen de la causa que los produce. Es un líquido blanco lechoso o ligeramente amarillento espeso que se escurre al fin de la micción o en el momento de la defecación: es la prostatorrea o bien es muco-purulento o francamente purulento.

La prostatorrea se distingue de los demás flujos por el color, aspecto y momento de aparición: fin de micción, defecación, masaje de la próstata. La diferencia entre el líquido prostático normal y el patológico se hace en el laboratorio: el primero es ácido, existen granos de lecitina en gran abundancia, hay células redondas, corpúsculos amiloides y a veces espermatozoides. El patológico contiene pocos granos de lecitina rodeados de leucocitos numerosos que coexistiendo con gonococos, estafilococos, etc., la reacción es alcalina. Los pacientes confunden a menudo la prostatorrea con el escurreimiento prostético normal, con secreción de la glándula de Cooper y con la espermatoreea. En los neurópatas puede presentarse un abundante flujo de líquido prostático normal, secretado anormalmen-

te abundante. La secreción de la glándula de Cooper es mucosa, clara y viscosa. En la espermatorrea se encuentra siempre espermatozoides.

El flujo prostático anormal deberá despertar la idea de prostatitis crónica en unos, el adenoma en otros; se diferencian por medio del tacto rectal.

Los flujos mucopurulentos y purulentos indican inflamación de la uretra o de la próstata; de abundancia que varía desde la gota matinal hasta 50 o 100 gramos por día; no se descuidará jamás el examen microscópico y si necesario el cultivo. En la mujer se hace la expresión de la uretra por la vagina y en el hombre por el periné o el recto.

El flujo purulento es característico de la uretritis blenorragica: dolor a la micción vivo en la uretra y el examen microscópico mostrando los gonococos hacen el diagnóstico. Se observa también en los abscesos prostaticos y peri-uretrales y un tacto rectal o perineal muestra la procedencia.

El escurrimiento escaso proviene de uretritis crónica, de epididimitis tuberculosa presentándose a veces dificultades de diagnóstico, pues puede tratarse de la primera, de la segunda o de ambas a la vez. El examen microscópico, los cultivos, la evolución, la exploración del epidídimo y las antecedentes podrán resolver el problema. Algunas veces el flujo sólo es mucoso y aparece por la mañana, sólo existen gérmenes vanales y ningún leucocito; lo produce congestión crónica por tratamientos intempestivos.

*Estrecheces de la uretra* La estrechez de la uretra es una disminución permanente del calibre producida por una malformación congénita o por transformación esclerosa de las paredes del canal. Esta definición excluye las obstrucciones por cálculo, por compresiones y por neoplasmas.

El diagnóstico esencial se hace por la historia y la exploración; durante algún tiempo la estrechez está en estado latente no engendrando alteraciones sino poco acentuadas; pero a medida que el calibre se va estrechando y la vejiga perdiendo su tonicidad se vuelven más molestos y claros.

Al principio se nota una ligera dificultad para orinar y una disminución del calibre y deformación del chorro de orina; después es una disuria con polaquiuria más o menos intensa; en otros existe una eyaculación lenta, acompañada de dolores producida sin fuerza, o bien no sale al meato sino que se va a la vejiga por no haber podido franquear la estrechez. Algunos presentan incontinencia de orina que puede ser total debida a la atonía completa de los esfínteres que se han dejado forzar por un residuo vesical enorme.

En su evolución la estrechez puede complicarse; la retención que se diferencia de la producida por adenoma de la próstata en que termina al fin, si no se interviene, por una incontinencia en tanto que -en la segunda jamás. Se observan además uretritis crónica, prostatitis, cistitis, pielonefritis y sobre todo

peri-uretritis. Fenómenos de infección urinaria pueden también aparecer.

En presencia de cualquier urinario se procederá a la exploración de la uretra con un explorador de bola número 22 o 20; en caso de ser normal la uretra pasa hasta el esfínter que da un salto sin dificultad alguna. A veces el explorador se detiene al nivel de la uretra bulbar y entonces cabe preguntarse si es por estrechez o por espasmos. Si es por estrechez se reconoce por la palpación del periné, inmediatamente detrás de las bolsas se toca la bola. Al contrario si es espasmo o deformación de la uretra por adenoma peri-uretral la bola no se palpa en el periné. Otro medio: el beniqué, fuerza el espasmo a ceder y penetrar hasta la vejiga; al contrario en la estrechez. Cuando se sabe que es una estrechez se irá disminuyendo el calibre de las bolas hasta lograr pasar una que indicará el tamaño de la estrechez.

Las estrecheces son generalmente de origen blenorragico, aparecen a consecuencia de una uretritis crónica, 3 a 5 años des-

pués de la infección uretral gonocócica, de preferencia en la uretra anterior, en especial en el fondo de saco del bulbo, en la fosa navicular y en el ángulo peno-escrotal y son múltiples.

Las estrecheces inflamatoria! no blenorragicas con dificultad se distinguen de las anteriores pero su existencia es innegable. Cuando se ha sondeado por largo tiempo un prostático y se trata de una estrechez de la uretra posterior no cabe más que imputarla a la infección causada por los sondajes.

Las estrecheces tuberculosas se acompañan de otras lesiones, bacilares y son poco frecuentes; se extienden en una larga porción de la uretra, localizada en la uretra anterior.

Más raras aun son las estrecheces sifilíticas, secuelas casi siempre de un chancro duro intrauretral o bien de un sífiloma; los antecedentes y un tratamiento de prueba confirman, el diagnóstico.

Las estrecheces traumáticas, son después de las blenorragicas, las más frecuentes; tienen el carácter de ser precoces, únicas y

situadas de preferencia en la región perineo-bulbar.

Las estrecheces congenitales son más frecuentes de lo que generalmente se cree. Son únicas o múltiples; constituidas por una brida, por un verdadero diafragma o por una válvula o por tejido fibroso.

El diagnóstico etiologico es difícil, salvo en el niño; en el adulto se hace por el uretroscopio.

#### *Eminencias al nivel del meato uretral femenino*

El prolapso de la mucosa uretral, el más frecuente *úe* las eminencias tiene el aspecto en los casos poco acentuados de un pequeño rodete rojo que limita adentro la porción cutánea del meato; al introducir una sonda se observa que el agujero queda justamente en medio. Cuando el prolapso es mayor parece un pólipo con inserción a todo el borde del meato pero una sonda puede rodear perfectamente la prominencia y dejar ver su continuidad con el meato amén del agujero que siempre está en el medio.

Los pólipos de la uretra promedian casi siempre en el meato; son del tamaño de una alberja, pequeñas masas rojas, netamente pediculadas o sésiles, únicos o múltiples; la uretra es exéntrica con relación al pólipo; la exploración al estilete muestra la inserción en un punto sobre la uretra.

El epiteloma del meato aparece como una eminencia roja, irregular, ligeramente vegetante y de consistencia dura; solo puede confundirse con un póli-

po del que se diferencia por la dureza, difusión en los tejidos vecinos y por el aspecto. El sarcoma sólo se identifica por el examen histológico cuando está ulcerado.

El chancro sifilítico del meato de aspecto vegetante y duro podría confundirse con un prolapso uretral infectado y ulcerado pero los caracteres de la ulceración y la existencia del surco circunferencial lo diferencian. El tratamiento específico local y general confirman el diagnóstico.

La dilatación qutstica del úreter rara vez franquea la uretra. La exploración al estilete y la cistoscopia solos pueden solucionar la cuestión.

#### *Tumefacciones perineales en el hombre*

La infiltración de orina se reconoce por la elevación térmica y por el gran ataque al estado general semejante al de las septicemias graves. Localmente el flegmón diluso se caracteriza por Jai tumefacción difusa del periné que se extiende rápidamente a las bolsas, el pene, ingles y regáon supra-pubica y hacia atrás hasta el ano; la coloración es roja al principio pero como a los cinco días aparecen placas negras de esfacelo diseminadas; entonces el diagnóstico es inconfundible. La gangrena del pene y de las bolsas nada tiene que ver con la uretra y el periné no presenta ninguna modificación.

El absceso urinoso se acompaña de elevación térmica pero el estado general es bueno; lo-

cálmente despierta un dolor perineal; una tumefacción visible perceptible a la palpación, sin rubicundez ni edema; es mediana, alargada en el eje de la uretra y a conexiones profundas, inmóvil, dura, renitente o fluctuante. Podría confundirse con una cooperitis, un forúnculo del periné, un absceso linfangítico de origen anal o con un absceso de la próstata que evolucionó hacia el periné; pero la situación mediana excluye la cooperitis; el forúnculo y el absceso por la falta de conexión con la uretra y el absceso de la próstata por el tacto rectal.

El tumor urinoso no presenta elevación térmica ni ataque al estado general; es una prominencia perineal del tamaño de una nuez, mediana, dura, bien limitada, sin rubicundez ni edema, conectada íntimamente a la uretra, fija en el sentido anteroposterior y movable en el lateral.

El epiteloma de la uretra tiene su origen en la porción perineo-escrotal evoluciona hacia el periné; es una tumefacción que forma cuerpo con la uretra; se parece al tumor urinoso, pero no es limitado sino difuso en el

tejido perineal; es una masa que aumenta la totalidad del cuerpo esponjoso. A un período avanzado se complica de absceso y fistula, pero entonces se diferencia su dureza, irregularidad y difusión; todo el periné está invadido y hay numerosos ganglios inguinales tomados.

Las infecciones de la glándula de Cooper son agudas o crónicas. La de origen blenorragica es la única que presenta tumefacción perineal cuando es aguda; se ve un poco atrás del escroto, es lateral y alargada de adelante atrás; la consistencia al principio es firme y de coloración normal, pero si la evolución se hace hacia la supuración entonces se vuelve fluctuante, rubicunda y aumenta de volumen; es siempre lateral. La Cooperitis tuberculosa es muy rara; no existe infección blenorragica y hay antecedentes bacilares. ¿Se percibe por la palpación digital, un dedo en e, recto y otro en el periné, lateralmente y un poco atrás del escroto, una pequeña masa del tamaño de una nuez o de una aceituna.

*O. M.*

*r*

## INFANTILISMO HIPOFISARIO

Este síndrome muy raro, fue conocido en Francia por las observaciones de Bournier y los estudios de Souques y Chauvet.

Se presenta en cualquiera edad de la infancia, hasta los 16 o 17 años, caracterizándose por una detención del desarrollo. La talla permanece exigua, los miembros son delgados y el cuerpo afecta al mismo tiempo cierto grado de adiposidad. Los órganos genitales incluso después de la pubertad, conservan su aspecto infantil. Faltan los pelos en el pubis y en las axilas, la cara es lampiña, la voz es aguda.

Ese infantilismo es muy parecido al tipo descrito por Lorrain, el cual lo define como una debilidad o gracilidad y pequeñez del cuerpo, una especie de detención en el desarrollo, que recaerían más bien sobre la masa total del individuo, que sobre un aparato especial. Los infantiles son seres de pelvis estrecha, sistema genital y piloso poco desarrollado, hasta cuyo psiquismo continúa siendo el de un **niño**.

Brissaud descubrió más tarde el infantilismo mixedematoso caracterizado esencialmente por signos de mixedema frustrado; Cara de luna, ojos saltones, labios gruesos, abdomen saliente, miembros gruesos coexistiendo con el estado infantil, la detención del desarrollo del sistema genital y el " retraso psíquico. Este tipo depende de la insuficiencia tiroidea. La alteración del cuerpo tiroides antes de la

pubertad ha impedido el desarrollo del individuo.

Gandy aisló un tercer tipo de infantilismo cuyos caracteres son los siguientes: aparece en el adulto después de la pubertad, es un infantilismo tardío, **intere**resa la esfera sexual, la talla, el esqueleto y el psiquismo no. están modificados; es un infantilismo parcial sexual reversivo. indicando con este término que se produce una regreción sexual.

La individualidad clínica de este infantilismo es admitida y reconocida, pero su patogenia es discutida. Gandy le atribuye un origen tiroideo, ya que ha encontrado en uno de sus enfermos lesiones de esclerosis intersticial, atrofia de la glándula, mientras el testículo había conservado su aspecto prepuberal, y por eso concluyó que la lesión del tiroides era primitiva, y la participación del testículo secundaria.

Souques dice que en el infantilismo existe siempre una lesión primitiva del testículo, es decir, que se encuentra una insuficiencia de su secreción interna, cualquiera que sea el número de glándulas endocrinas anatomopatológicamente interesadas.

La lesión testicular en algunos casos puede ser primitiva, secundaria o simultánea a la lesión de otras glándulas, tiroides o hipofisis, pero en cualquier caso es necesario una lesión testicular para que haya infantilismo.

La radiografía revela un retardo de la aparición de los puntos de osificación y en la sóida-

dura de los cartílagos de conjunción.

Estos enfermos mueren por caquexia, después de haber presentado signos de tumor cerebral.

*Diagnóstico.* — El infantilismo hipofisario debe ser separado del infantilismo tiroideo ya descrito. Tampoco debe ser con el nanismo. En este caso aunque la talla es pequeña, siempre es bien proporcionada y sus funciones genitales son normales.

*Etiología.* — En la autopsia de estos enfermos se encuentra tumores hipofisarios variables: carcinomas, fibromas, teratomas, tumores quísticos o bien lesiones de la hipófisis sin tumor, tuberculosis, esclerosis e hiperostosis localizadas que comprimen la hipófisis.

*Patogenia.* — El infantilismo hipofisario es un síndrome de insuficiencia del lóbulo anterior o síndrome de hipopituitarismo. Esta teoría descansa en hechos experimentales efectuados por Caselli, Fichera y Aschner quienes después de haber extirpado la hipófisis de perros, j óvenes han observado detención total e inmediata del crecimiento, con persistencia de los cartílagos epifisarios, al propio tiempo que la suspensión del desarrollo de los órganos genitales. El infantilismo hipofisario es el resultado de una lesión directa de la pituitaria, combinándose con una alteración de las glándulas genitales secundariamente.

El tratamiento varía según el síndrome sea causado por un tumor de la glándula o de su vecindad, en este caso se recurre

a las radiaciones o al tratamiento quirúrgico.

La opoterapia fuera de los casos antes citados ha dado resultados satisfactorios ya en forma de extracto total ya con el extracto del lóbulo anterior, a la dosis de 0.10 a 0.40 centigramos diarios, dosis que corresponde a media glándula fresca de buey. Es conveniente asociar la opoterapia tiroidea y testicular aunque esta carece de acción en el infantilismo con atrofia total del testículo.

#### *Síndrome adiposo-genital*

Este síndrome fue descrito por Babinsky en el año de 1900 y después por Frohlich en 1901, se observan durante la infancia, o la juventud y aun en la adolescencia y >a veces en el momento de la menopausia.

*Síntomas.* — Se encuentran dos síntomas cardinales: obesidad con frecuencia monstruosa, y retardo de desarrollo o atrofia de los órganos genitales.

*Obesidad.* — La grasa invade todas las partes del cuerpo. La cara está ensanchada y redondeada, sostenida por un círculo adiposo. En la mujer las mamas, voluminosas, descienden sobre el abdomen, su hipertrofia sólo es de grasa ya que la glándula está atrofiada y se percibe con dificultad en medio de la masa adiposa. La pared abdominal caída, cubre el pubis y los órganos genitales. Las nalgas y las caderas alcanzan proporciones enormes; los miembros semejan columnas, terminadas por rodetes por arriba de las muñecas y de los maleólos.

Esta [adiposidad es por lo tanto total, pero por difusa que sea no deja de predominar en determinadas regiones, como el pubis, abdomen, cadera, nalgas, mamas y parte superior de los muslos. En las formas frustradas es en estas regiones donde se observa.

La piel es lisa, seria, dura y queda muy poco marcada la impresión del dedo, por este aspecto se recuerda al mixedema. La cara y las manos tienen a veces un aspecto cianótico. Estos enfermos son disneicos, se cansan al menor esfuerzo debido a la sobre carga grasosa que impregna los tejidos, retroperitoneal y al epiplón, al mesenterio y hasta la pelvis. La obesidad siguiendo una marcha progresiva puede alcanzar dimensiones enormes. Niñas de 15 años pesan de 50 a 60 kilos.

*Distrofia Genital.* — Los trastornos genitales, asociados siempre a la obesidad varían según la edad en que aparece la enfermedad. En los niños aborta la juventud: los testículos conservan el tipo infantil, faltan los caracteres sexuales secundarios, no aparecen los pelos y la voz continúa fuerte y aguda. En la mujer la menstruación es irregular y poco tiempo después desaparece por completo. En el varón son las reglas la frigidez o la impotencia.

*Evolución.* — El síndrome adiposo genital se manifiesta progresivamente, asociado a veces, a cefaleas intermitentes. Puede acompañarse precozmente de signos de tumor hipofisario; la comprobación de una hemianopsia precede en ciertos casos a una sintomatología más comple-

ta. Constituido el síndrome no es raro notar hipotermia con hipotensión, astenia, y hasta cierto grado de melanodermia. Los pelos son escasos. La tolerancia para los hidratos <Je carbono está aumentada, el metabolismo basal está disminuido o es normal; la poliuria o la glucosuria no es excepcional.

La duración de la enfermedad depende ante todo de sus causas; las lesiones de la silla turca o de la región hipofisaria determinan rápidamente la muerte por trastornos importantes de la nutrición. Las formas crónicas son compatibles con la vida durante mucho tiempo.

*Diagnóstico.* — Existe una obesidad de tipo hipofisario que puede depender de alteraciones genitales o tiroideas y ser mejorado por la opoterapia testicular u ovárica. Este tipo de lesión comprende el nuevo síndrome adiposo genital de los jóvenes y de los adolescentes, descrito por el Dr. E. Apert, médico honorario del Hospital de Enfermedades de Niños de París.

El síndrome de Babinsky o Frohlich debe ser diferenciado de la adiposis dolorosa de Dermcum, de la lipodistrofia progresiva, afección en la cual la adiposis afecta (simétricamente) la cadera y los miembros inferiores, contrastando francamente con el adelgazamiento a veces extremo de la cara y de las partes superiores del cuerpo.

*Etiología.* — Este síndrome reconoce causas muy variadas. En algunos casos encuentran en su origen un tumor hipofisario, o un tumor situado a distancia de



la hipófisis, especialmente en el tercer ventrículo.

En otros casos, es debido a una meningitis serosa o una hidrocefalia. Puede ser también consecutivo a un traumatismo.

Pueden ser otras tantas causas, las lesiones sifilíticas o tuberculosas o bien lesiones inflamatorias.

La importancia de la encefalitis epidémica en el desarrollo i del síndrome adiposo genital es muy conocido.

*Patogenia.* — Hay dos teorías para explicar el síndrome adiposo genital: la una glandular y la otra nerviosa.

*Teoría Glandular.* — Frohlich atribuye su síndrome a un trastorno de la función de la hipófisis.

La teoría endocrina, sostenida por Fischer y Cushing dice que: el síndrome adiposo genital parece provocado por una lesión cualquiera que interese el lóbulo posterior de la hipófisis y del tallo pituitario. Esta teoría que corrobora por hechos anatómicos: las observaciones de Babinsky, de Frohlich demuestran, la coexistencia del tumor hipofisario, la obesidad y la atrofia genital. Este tumor actúa o bien destruyendo la pituitaria, o comprimiendo el infundíbulo e impidiendo en esta forma, que la secreción pituitaria se vierta en el diencéfalo.

Hechos experimentales: la ablación parcial de la hipófisis en perros ha provocado síndromes adiposos genitales.

Hechos terapéuticos: El extracto del lóbulo posterior eleva la temperatura, la tensión arte-

rial, y disminuye la tolerancia para los hidratos de carbono.

*Teoría Nerviosa.* — Según Aschner, J. Camus y Roussy el síndrome clínico debe ser atribuido no tanto a una alteración glandular como a una lesión del suelo del tercer ventrículo (Tuber cinereum e infundíbulo).

La lesión causal, hipofisaria, no actúa comprimiendo la base del cerebro y en particular la zona del infundíbulo.

Son muy numerosas las observaciones de síndromes adiposos genitales sin alteración de la hipófisis, y a este respecto se recuerda la observación de Mauzon y Cathala, en la que después de un período de infantilismo, apareció un síndrome adiposo genital en relación con un tumor del tercer ventrículo, mientras que la glándula pituitaria estaba histológicamente intacta.

Camus y Roussy han logrado en el perro provocar el síndrome adiposo genital con poliuria, por simple lesión del suelo del tercer ventrículo y en estos experimentos han comprobado histológicamente la integridad de la hipófisis.

*Tratamiento.* — La terapéutica de esta enfermedad queda igualmente subordinada a las mismas consideraciones hechas sobre el tratamiento de los síndromes anteriormente citados.

*Diabetes insípida* La poliuria esencial, que Willis separó de la diabetes sacarina en 1674 y que Lacombe estudió en su tesis de 1841, ha sido atribuida después de los recientes trabajos de fisiología a una lesión hipofisaria.

Oliver y Schafer, en 1895 ponen de manifiesto la influencia de los extractos hipofisarios sobre la diuresis.

*Estudio Clínico.* — Comienzo. — Unas veces el comienzo es brusco, manifestándose después de un traumatismo craneal o de una emoción fuerte. Otras veces se produce después de una enfermedad infecciosa o en el curso del embarazo.

Puede también presentarse insidiosamente, y desde el principio llama la atención, la gran cantidad de orina eliminada, sin que a la vista nada haga suponer la causa.

*Período de Estado.* — El síntoma funcional de la enfermedad es la poliuria. Existen grandes poliurias de 8 a 15 litros, e incluso excesivas que alcanzan 20 a 24 litros; las medias oscilan entre 2 y 8 litros en las 24 horas.

Las orinas son pálidas, apenas coloreadas, más abundante por la noche que durante el día. La diuresis que sigue a la ingestión de los líquidos es, en efecto más tardía que en los individuos normales, a veces no existe relación

entre la ingestión de los líquidos y la excreción orinaria. La excreción puede ser superior a la ingestión, provocando una deshidratación del individuo.

El análisis revela que dichas orinas son absolutamente normales. No contienen azúcar ni albúmina, y no existe fosfaturia ni oxaluria. Está simplemente diluida, pues su densidad es de 1001 a 1004.

Las funciones renales están intactas. Por consiguiente se admite que la poliuria hipofisaria consiste esencialmente en un trastorno regulador del agua y de la exageración de su eliminación.

La poliuria determina una polidipsia considerable. El enfermo es torturado por una sed imperiosa e irresistible, no pudiendo interesarse la reducción de líquidos sin correr el riesgo de provocar accidentes alarmantes: cefalea, fiebre, náuseas, supresión de la secreción sudoral y signos de deshidratación. La polidipsia es secundaria a la poliuria, al contrario de lo que se observa en la potomanía, en la

-cual la necesidad de beber es primitiva y engendra secundariamente La poliuria.

El examen de la sangre dosificada por Achard y Leblanc ha comprobado la elevación de la tasa de las albúminas, lo cual demuestra una concentración de la sangre, digna de tenerse en cuenta para explicar el mecanismo de la sed.

Aparte del trastorno del metabolismo hídrico, puede existir trastorno del metabolismo de los hidratos de carbono, utilizando estos enfermos mal la glucosa.

*Evolución.* — Esta depende ante todo de la causa. En los casos de tumor, es particularmente grave. De lo contrario, los individuos pueden continuar viviendo, sufriendo sólo por las molestias que les causa la poli-dipsia.

Excepeionalmente se ha observado las transformaciones de la diabetes insípida en diabetes sacarina.

*Etiología.* — Se observa en individuos jóvenes, tanto mujeres como en hombres.

Reconocen varias causas principales :

Los traumatismos, principalmente las fracturas de la región media de la base del cráneo.

Las neoplasias cerebrales. Todo tumor cerebral puede provocar la diabetes insípida. Pero con especialidad los de la región hipofisaria.

Las meningoencefalitis vacilares ,más a menudo sifilítica, y a veces una encefalitis supurada.

*Patogenia.* — Hay dos teorías que pretenden explicar la diabetes insípida.

*Teoría Hipofisaria.*—Esta teoría es la más antigua e invoca en su favor:

a). Argumentos anatomoclínicos. Por observaciones de poliuria asociadas a tumores hipofisarios, tubérculos, metástasis cancerosas y la coexistencia de poliuria y otros síndromes hipofisarios justifican esta manera de ver.

b). Argumentos experimentales. Harvey y Cushing han demostrado que el simple manoseo del lóbulo posterior en el curso de las intervenciones quirúrgicas pueden determinar una poliuria

c). Argumentos terapéuticos. La inyección de extracto de lóbulo posterior hace disminuir o suprimir la poliuria.

*Teoría Nerviosa.* — La teoría glandular que suponía ser la base de la poliuria por lesión o por un trastorno funcional del lóbulo posterior y de la parte intermedia, ha sido sustituida por una teoría nerviosa que localiza la causa del síndrome a una lesión superficial de la región del tuber cinereum.

Existen casos de atrofia pituitaria total y casos de atrofia del lóbulo glandular y de la parte intermedia que no van acompañados de poliuria. En 1903 Camus y Roussy, lograron provocar la diabetes insípida por la picadura media de la región tuberiana, sin provocar ninguna región hipofisaria. La ablación de la hipófisis sólo provoca una poliuria transitoria que no dura más que unos días. Cuando la diuresis ha vuelto a su cifra normal, una lesión de los centros nerviosos, en la región optope-

duncular subyacente, provoca de nuevo abundante poliuria. Por consiguiente esta última no puede reconocer un origen hipofisario, porque la hipófisis ha sido destruida en la primera intervención.

Por consiguiente, parece que la poliuria llamada hipofisaria depende en realidad, de lesión de los centros reguladores que asentarían en el suelo del tercer, ventrículo y que serían idénticas a las que Claudio Bernard, ha encontrado en el cuarto ventrículo.

*Tratamiento.* — La indicación más precisa en esta enfermedad es la opoterapia hipofisaria. La acción antidiurética innegable del extracto pituitario, ha sido puesta fuera de duda por diversas observaciones. La observación adjunta permite confirmar los hechos.

*Observación N° 1*

Personal del Dr. Ubago.  
Resumida.

Se trata de una joven de 20 años de edad, sin antecedentes personales y hereditarios de importancia. Cuando se nos presentó a la consulta tenía ya dos meses de fatiga cerebral, debido

a que por las noches tenía que levantarse con mucha frecuencia para orinar. Además Ja enferma presentaba gran debilidad y emaciación del cuerpo.

El análisis de la orina fue negativo en azúcar, pero la cantidad llegaba hasta 8 litros en las 24 horas; el examen químico de azúcar en la sangre arrojó la cifra de 0.80 por mil. Con esta investigación establecimos el diagnóstico de diabetes insípida de origen pituitario, y como una cosa particular en que se ha establecido *áe* una manera rotunda el pronóstico de esta enfermedad, es aunque lejos pero fatal, con el tratamiento que consistió en una inyección de pituitaria cada dos días, en total tres, curó completamente y tiene ya diez años de haber terminado dicha enfermedad sin que se haya presentado nuevamente este síndrome; quedando reducida a 1 litro la cantidad de orina en las 24 horas y recuperando su robustez de antes.

Copia fiel.

V9 Vi\* *Manuel Ubago.*

*Marcial P. Ochoa.*

{*Continuara.*}

## La conducta general en los Traumatismos

*The general management of injuries.* — J. J. Moorhead.—  
New York, N. Y.

*Surgery, Gynecology and Obstetrics.* — Febrero 15 64,  
2-A, p. 397.

El tratamiento de los heridos ocupa cada vez más la atención de la profesión médica. Estimando de una manera general las causas de los traumatismos puede decirse que el 60 % son causados por vehículo, 20 % en los azares ordinarios de la vida cotidiana, y el 10 % restante puede distribuirse entre los deportes, heridas producidas por el mismo individuo y causas diversas.

Los traumatismos por motores han creado nuevos tipos de heridas que hasta ahora eran completamente desconocidas. El automóvil y el aeroplano determinan los casos de cirugía traumática mayor de los transportes, y por esta razón el médico en la más remota aldea puede repentinamente verse frente a un problema quirúrgico de extrema gravedad; además de que, la víctima del accidente puede ser un prominente ciudadano del país.

El traumatismo no respeta edad, sexo, raza, ni posición social. Otra peculiaridad de la traumatología es que durante el curso del tratamiento el paciente cae probablemente bajo el escrutinio de varios facultativos y de diligencias legales o de otra naturaleza, que hacen que la cirugía traumática sea la más notoria en la práctica privada.

Por el interés del paciente, y también por el del médico y el público, es necesario que la profesión fije especialmente su atención en el cuidado de los heridos.

La traumatología es en la actualidad una especialidad reconocida, pero por su mismo carácter de emergencia continúa siendo un problema del médico general. De los cuidados inmediatos administrados al herido depende la evolución ulterior

La traumatología afecta a todas las regiones del organismo y por tal motivo, comprende la cirugía general en su más amplia expresión. Una sólida preparación en cirugía general es indispensable al cirujano que intente especializarse en esta rama de la medicina.

Sin tratar de entrar en detalles el A. reúne en 38 párrafos, que transcribimos a continuación, ciertos factores generales concernientes al diagnóstico y tratamiento de los heridos. Algunos de esos son tan generalmente aceptados, que puede decirse que constituyen axiomas de la cirugía traumática.

1.—Atención inmediata significa generalmente fácil tratamiento y recuperación rápida. Existe un "periodo precioso," que comprende las 6 primeras horas que siguen al traumatismo, las heridas o fracturas tratadas en este intervalo están generalmente exentas de complicaciones.

2.—El choque y la hemorragia son los incidentes más serios y

frecuentes de los traumatismos, su reconocimiento y control debe siempre preceder a cualquier exploración precisa o tratamiento.

3.—El dolor debe calmarse prontamente, por esta razón están indicadas grandes dosis de morfina, a menudo 0.03 gr., a menos que se tema enmascarar los síntomas. Cuando un paciente está herido tiene dolor, y el dolor aumenta el choque.

4.—¡Si la violencia es conocida o indeterminada sospechar y esperar un efecto proporcionado. Explorar especialmente la cabeza el dorso y la pelvis.

5.—No desatender el dolor local o persistente, por lo contrario, examinar y buscar más de lo que se espera encontrar.

6.—La anestesia debe usarse más generalmente. Evitar el cloroformo en los traumatismos; el protóxido de azoe es el más seguro, el éter gota a gota le sigue. El Evipan por vía intravenosa es efectivo para rápida inducción, corta duración y pronto retorno de la conciencia.

7.—La traumatología está en pleno estado de evolución, pero los aparatos complicados son más bien una carga que un beneficio.

8.—Seguridad es lo primero en cirugía traumatológica, en seguida rapidez; y después, simplicidad.

9.—El aseo correcto de las heridas mediante el uso abundante de agua y jabón es la mejor defensa frente a la infección. Los antisépticos no sustituyen al limpiado ordinario.

10.—No debe hacerse la sutura primitiva de las heridas

mientras no exista la asepsia quirúrgica. Esto quiere decir que todos los tejidos desgarrados o necróticos han sido exquirpados y que el paciente ha sido convenientemente tratado durante las seis primeras horas.

11.—El método más seguro para el tratamiento de las heridas es la sutura primo-secundaria, después de un completo aseo con agua y jabón. Las suturas son colocadas, pero no se aprietan sino hasta el tercer día. I

12.—Toda herida no quirúrgica está ya infectada y debe ser muy vigilada. En otras palabras, toda herida accidental se encuentra infectada independientemente de su causa, sitio o dimensiones. Por lo tanto, canalizar toda herida usando una tira de caucho en las pequeñas, tela de caucho doblada en las intermedias y un tubo en las grandes. Evitar la gasa porque taponar; retacar una herida es taxidermia no cirugía.

13.—Administrar antitoxina tetánica en toda herida que ha sido contaminada por el suelo y en aquellas que comprenden grandes áreas musculares, como la región glútea y los muslos.

14.—En las heridas infectadas, no incidir sino cuando haya tumefacción local, dolor e induración; nunca incidir sólo por enrojecimiento o tumefacción glandular.

15.—Cuando se incida por infección, especialmente en las infecciones de la mano, seguir la dirección de los tejidos profundos excepcionalmente transversalmente, y hacer la incisión lo suficientemente profunda para que se abra por sí misma.

16.—El Reposo, posición elevada y una curación suficientemente protectora, eliminará el dolor y prevendrá la propagación de la infección en muchas heridas de los miembros.

17.—Las curaciones frecuentes causan dolor y muchas veces reinfección; hágase la curación sin usar las manos y empleando un clamp arterial y una pinza en lugar de los dedos.

18.—En toda luxación o fractura debe hacerse la reducción provisional. Esta no requiere maniobras complicadas y hace la reducción definitiva y el enfermamiento siempre fácil.

19.—La sutura inmediata en las fracturas es peligrosa; la sutura primo-secundaria es la más segura e igualmente efectiva.

20.—Tratar las heridas penetrantes de las articulaciones con extremo cuidado.

21.—Las equimosis tardías en su aparición, distantes del sitio del traumatismo e irregulares en su contorno son patognomónicas de fractura. Búsquense atrás del caído en las fracturas del cráneo, en el perineo en las fracturas de la pelvis y en la región plantar en las fracturas del pie.

22.—Las férulas antes que nada deben ser inocuas. Por lo tanto, no usar aparatos de yeso circulares en las fracturas recientes y tener especial cuidado de no usarlos cerca del codo, sobre todo en los niños. Además, las férulas deben ser sencillas. El tercer requisito es seguridad. Dos férulas de yeso moldeadas son las mejores porque se obtiene con ellas seguridad, son sencillas e inocuas, además de

que quedan exactamente moldeadas y pueden usarse durante todo el tratamiento. Las canaladuras complicadas, ya hechas, casi siempre son deficientes porque necesitan acojinarse o remodelarse para que ajusten. Es mejor acomodar la férula al paciente en vez de que el paciente se acomode a la férula.

23.—Hay cuatro R en la terminología de las fracturas: 1—reconocimiento (diagnóstico diferencial); 2—reducción; 3—retención (inmovilización); 4—recuperación funcional. De estas la reducción es la más importante y la que determina los resultados.

24.—La necesidad de las radiografías imperativa, pero deben usarse más bien para comprobar los resultados del tratamiento que para asegurar la exactitud del diagnóstico. Esperar la radiografía para hacer la reducción da lugar al llamado edema secundario, que si deseamos prevenir la reducción debe hacerse dentro de las seis primeras horas.

25.—La reducción de una luxación o fractura quiere decir colocarla en su posición original por medio de movimientos exactamente opuestos a aquellos que la produjeron. No es necesario recordar las varias maniobras necesarias para efectuarlo, en su lugar deberemos tratar de restaurar su situación original por medio de la tracción, alineamiento y posición.

26.—Hay en realidad solamente dos tipos de fractura; I.—Aquellas en que los extremos están cabalgando o desalojados; II.—En las que los extremos es-

tan en contacto. Ambos tipos pueden ser simples (cerradas o complicadas (abiertas)).

27.—Las del tipo I requieren reducción e inmovilización; las del tipo II no necesitan interlaminante. En otras palabras, las del tipo II no necesitan intervención si el alineamiento es correcto; además, estas fracturas no necesitan mantenerse tan fijadas como las del otro grupo.

28.—Para que una fractura quede bien reducida deben llenarse los tres requisitos siguientes: a) restablecimiento del alineamiento y contornos de hueso; b) desaparición de la deformidad; c) que las presiones no determinan desplazamientos secundarios.

29.—Toda fractura pasa por 2 períodos de reparaciones: aquel en el cual el callo es parcialmente sólido, alrededor de los 16 días en las fracturas de los huesos largos, y en el que la consolidación no es todavía completa; y cuando la consolidación es completa alrededor de la quinta semana.

30.—Retirar las férulas gradualmente, las partes manos necesarias primero, en lo general la mitad anterior. Siempre mantener activas las partes adyacentes especialmente los dedos.

31.—¿Cuándo puede el paciente hacer uso de su parte fracturada? Esto lo indica la res-

puesta del paciente a la prueba del ejercicio y lo revelan la ausencia de dolor, tumefacción, calor y enrojecimiento. El antebrazo fracturado por ejemplo, debe ser movido muy cuidadosamente, movilizándolo la muñeca estando el codo fijo; lo mismo debe hacerse en las fracturas de la pierna. Se prueba apoyando el miembro y si no hay reacción prolongada, entonces el miembro está listo para su funcionamiento. Debe tenerse cuidado al retirar las férulas definitivamente; mientras el paciente duerme pueden producirse sacudidas o torciones bruscas.

32.—Las férulas ambulatorias con un tacón de hule unido, pueden permitir caminar a muchos pacientes en unos días en vez de semanas, en las fracturas bien reducidas especialmente en aquellas en que los fragmentos están engranados firmemente. Cuidarse de las fracturas en espiral o de las transversales simples, porque tienen propensión a desalojarse.

33.—El estudio radiográfico es necesario: 1.—Antes de la reducción, pero no indispensable; 2.—Después de la reducción e inmovilización; 3.—Una semana después de ésta; 4.—Entre los 16 y 21 días; 5.—Antes de retirar las férulas; 6.—Como control al terminar el tratamiento. No descuidar las aseveraciones de los pacientes tales como "siento



que se mueve dentro del aparato" o "sentí que algo se safó." El paciente puede tener razón. Después de 16 días, sin embargo, el desalojamiento es poco probable.

34.—Los resultados finales deben valorarse en términos de función más bien que en términos de forma y estimarse en número en lugar de palabras como *bueno, mediano, malo*. El método de Boston consiste en designar la recuperación anatómica con A; la recuperación económica (conjunto armónico de órganos y funciones) con E y la recuperación funcional con F. El método del autor, que ha sido usado por más de diez años, consiste en valorar los resultados dando el 60 % para los casos de perfecto *funcionamiento* y 20 % tanto para la *unión* perfecta como para el perfecto *contorno*. La fórmula es F igual 60 %, U igual 20 % y C igual 20 %. El total es 100 % si los tres son perfectos. Esta apreciación numérica puede usarse antes del tratamiento y durante todo el periodo de observación se ha encontrado satisfactorio en toda clase de traumatismos.

35.—El tratamiento operatorio de las fracturas es cada vez menos frecuente. El uso de las placas metálicas ha desaparecido prácticamente y en realidad, el uso de materiales no reabsorbibles en traumatología es casi tan poco frecuente como en cirugía general. Existen sin embargo ciertas fracturas en las que la operación es el tratamiento de elección y algunas en que es necesaria. Entre estas pueda mencionarse las de la rótula, del

olécranon y algunas del antebrazo.

36.—En las fracturas del cuello del fémur el tratamiento operatorio está siendo ensayado intensamente; permítanme advertirles, dice el autor, que no hay que tener demasiada confianza en este procedimiento.

37.—Toda fractura que ha resistido dos o más intentos de tratamiento bien planteados, por el método cerrado, debe ser considerado dentro del grupo de las que necesitan tratamiento quirúrgico, suponiendo que el paciente, cirujano y hospital están adaptados a ello.

38.—"Una vez osteomielitis siempre osteomielitis" es un viejo adagio y desgraciadamente esta sentencia es casi tan correcta ahora como siempre ha sido.

El tratamiento por taponamientos vaselinados no es más que una adaptación de los métodos revividos durante la guerra por Inglaterra con su tratamiento "Bipp," el cual abandonaron antes de que se hiciera propalar como método de la postguerra. El tratamiento con larvas es para el autor una reliquia de barbarismo.

Estos son algunos de los principios y prácticas que deben guiarnos y gobernarnos en nuestro intento por conquistar las tres D de la traumatología: death (muerte), deformity (deformidad) y disability (incapacidad).

Dr. Luis BAZ E.

—De Revista de Cirugía del Hospital Juárez.—

WILLIAM WORRAL MAYO, químico, graduado en Manchester, discípulo del gran físico Dalton, descendiente de una familia inglesa, atravesó el Atlántico para venir a la América en busca de más amplios horizontes, a mediados del siglo pasado. Profesó en New York y en La Porte y luego fue a Missouri a hacer estudios médicos. Ya graduado prestó importantes servicios durante la guerra civil y al terminar llegó con su familia a radicarse a la entonces anónima ROCHESTER.

Hombre predestinado, visionario, práctico, activo, desplegó sus energías entre el ejercicio profesional y la enseñanza. Por ese recto y brillante camino no podía menos de llegar en poco tiempo a ser la más prominente figura médica de la comarca.

Sus hijos William y Charles nacidos en 1861 y 1865 debían seguir las huellas de su progenitor encarrilados por los mismos senderos de honradez, amor al trabajo y al prójimo. Iniciados a los estudios desde las escuelas públicas del pueblo hasta las aulas universitarias bajo el resplandor de la antorcha paterna, consiguieron los hermanos el diploma de médicos.

Azotado Rochester por el llamado viento maléfico en 1883, el Concejo Municipal dispuso la creación de un Hospital de Emergencia y nominó al Dr. Worrel Mayo su Director. En su espléndida gestión fue generosamente asistido por Hermanas Franciscanas y como enferme-

ras voluntarias se ofreció gran número de mujeres de la localidad. Terminado el "ill wind" el Hospital fue clausurado y entonces la Harmana Superiora sugirió al Dr. Mayo la idea de fundar uno administrado por la Orden de San Francisco y atendido por él y sus hijos.

No cayó en saco roto -el celestial consejo. Consiguió una parcela de terreno y edificó un pequeño Hospital que como todo lo nuevo y grande fue combatido con la bandera de que los hospitales sólo servían para asilar incurables e insanos. Se valieron los adversarios de la intranquilidad religiosa para atacarlo diciendo que cómo era posible que Hermanas católicas pudiesen trabajar con individuos de la Iglesia Episcopal? El cuerpo médico, no menos torpe y envidioso engrosó las filas de combatientes y se negó a enrolarse en la lista de trabajadores del nuevo Hospital; se asociaron para fundar un hospital que hiciera la competencia y destruyera el Saint Mary de los Mayo con el nombre de Riverside Hospital, pero la mano poderosa de la razón, de la justicia y del verdadero mérito, inclinó el peso de la balanza hacia el primero cuyos éxitos lo iban elevando más y más cada día en el concepto nacional, en tanto el hijo de la envidia profesional se derrumbaba con estrépito en el abismo de la nada.

Tuvieron los Mayos la clarísima visión de rodearse de los más prominentes hombres para

poder atender las intensas labores de su Hospital; llamaron a Stenchfield para fundar la sección Clínica; a Graham para el Internado; a Wilson para los Laboratorios de Patología Clínica e Investigación; a Millet para Urología; a Palmer para Radiología; al estupendo Cirujano Edward Starr Judd para encargarle una nueva sección de Cirugía.

Era insuficiente el pequeño Saint Mary para alojar tanto enfermo y sucesivamente fueron construyéndose el Kahler, el Zumbro, el Colonial, el Stanley, el Worrall y el Curie.

De 1889 en que fue construido el primitivo Hospital de Saint Mary donde trabajaban 5 Monjas a la actualidad donde se levantan enormes moles de piedra conteniendo todo el material necesario para la exploración clínica y la investigación científica y los soberbios Hospitales mencionados para atender toda clase de enfermos con un costo de muchos millones de dollars, qué diferencia!

Donde primitivamente se alojaron 300 enfermos al año y se practicaron 100 operaciones hoy se asisten 87.000 y se practican 50.000 operaciones al año.

Donde sólo trabajaban 5 Hermanas hoy se ven 1.500 entre enfermeras laicas y religiosas.

No contentos con lo anterior los Mayo han creado la Mayo Foundation con el objeto de formar hombres superiores encargados de la investigación para prevenir y desterrar mejor y más rápidamente las enfermedades que azotan la humanidad.

El secreto del éxito de Rochester consiste en la selección del enorme personal de individuos eminentes en cada rama del saber médico y en la organización perfecta de los servicios clínicos y hospitalarios además de los puramente administrativos con sus soberbias estadísticas y maravillosa colaboración.

Para juzgar el espíritu eminentemente altruista de los Mayo basta leer el párrafo de una nota en que hacen un nuevo legado a la Universidad de Minnessota; dice así: "Trabajar por el bien de los demás, es el mejor resorte para alcanzar la felicidad humana. El dinero excesivo induce a malgastar el tiempo y nos desvía de los mejores objetivos de la existencia. Nos aleja también de amigos queridos que fueron manos afortunadas. Para nosotros y par?, nuestros colaboradores, sólo ambicionamos una razonable retribución al esfuerzo desplegado que permita dedicar toda nuestra atención a las labores de la clínica. Todo provecho excesivo se opondría al cumplimiento de los fines que perseguimos; el dinero de los enfermos debe volver a los enfermos.

CHARLES MAYO, está hemiplégico, y WILLIAM, viejo ya de 74 años, no trabaja pero dirige y controla aun el trabajo de Charles W. Mayo hijo.

Estos dos hombres que siguieron fielmente la inspiración y obra de su padre son acreedores a la admiración y afecto del género humano porque consagraron su existencia a curar las dolencias de cuantos llamaron a sus puertas.

---

Beneméritos de Estados Unidos y del mundo, transformaron a la pequeña Rochester de 15.000 habitantes en la meca de los cirujanos del orbe; allí llegan todos a abrevarse en las puras y cristalinas aguas de la mágica ciencia.

Allí está la obra generosa, allí están los donativos que se cuen-

tan por millones hechos por ellos para aumentar el caudal de sabiduría del hombre en provecho del mismo hombre.

Inclinémonos reverentes ante el nombre luminoso de los hermanos MAYO, modelos de abnegación, de talento y de altruismo, glorias de la Humanidad.

---

## AYUDA AL ARTRÍTICO

Aunque el tratamiento sistémico de la artritis requiere algún conocimiento de la causa, es esencial también emplear el tratamiento local para calmar el dolor.

Las causas de la artritis entran en tres principales categorías : infecciosa, metabólica y traumática. Muchos casos posiblemente se originan por la combinación de estas tres causas con *más* o menos variación.

El tratamiento comprende la eliminación de todos los focos de infección posibles y la identificación y corrección de las anomalías posturales y metabó-

licas. Es también importante el tratamiento sistémico de los procesos inflamatorios que se forman en la articulación.

Para el tratamiento local, muchos médicos encuentran el aposito de Antiphlogistine de muy eficaz ayuda no sólo porque alivia el dolor y el malestar sino porque estimula la reacción restauradora de las células y los capilares . Si el aposito se aplica en el lugar de la dolencia los resultados son sorprendentes, y si se extiende más allá de la articulación y se cambia a intervalos de ocho a doce horas, los efectos benéficos aumentarán considerablemente.

## LA ESTERILIDAD CONYUGAL Y SU TRATAMIENTO POR EL GINECÓLOGO

Por el Prof. H. Eyner

Desde tiempos muy remotos puede decirse que el interés de la medicina enfoca la causa y el tratamiento de la esterilidad conyugal. Marión Sims escribió en 1866 su "Clínica y cirugía del útero," tomando como punto de mira oasi exclusivo, justamente el tratamiento de la esterilidad. En la actualidad, el problema es de los más agudos, ya que las cuestiones demográficas monopolizan propiamente el interés de la ciencia. Divergen considerablemente las cifras sobre el porcentaje de los matrimonios estériles. Si se acepta el 10 % como promedio, se comprenderá de inmediato la magnitud de la pérdida de natalidad, atribuible a la esterilidad únicamente.

Al averiguar la *etiología de la esterilidad conyugal*, se establecerá si es imputable al hombre, a la mujer, a ambos, o bien a ninguno de los dos. Para esclarecer la causa se exigirá que ambos consortes se sometan al examen médico. Aun cuando el ginecólogo tropiece en la mujer con hallazgos que excluyen toda duda, ello no es suficiente para afirmar que la esterilidad conyugal deriva en este caso de la mujer como única causa. Justamente, aunque muchas veces haya alteraciones anexiales en la mujer, a menudo pueden coincidir con hallazgos de igual fuerza probatoria al examinar la espenma en el hombre.

Es un grave error y prueba de negligencia, el querer combatir la esterilidad mediante un tratamiento en la mujer sin saber con certeza si existe fertilidad por parte del hombre. - Corriente es la costumbre de responsabilizar a la mujer de infecundidad. En muchos casos, la mujer se inculpa a sí misma. La estadística ha demostrado sin embargo que el hombre constituye la causa inmediata en más de un tercio de las observaciones, y que en otro tercio de los casos resulta él el causante de la esterilidad de la mujer.

*Terminología.* — Este estudio no comprende la *infertilidad* o sea la incapacidad de gestar. Es digno de notar que muchos abortos precocísimos son confundidos con la esterilidad porque no se los diagnostica como tales.

Se entiende por *esterilidad secundaria* la imposibilidad de tener embarazos nuevamente por causas cualesquiera, a pesar de haber tenido uno o varios partos. Existe *esterilidad absoluta* cuando la mujer presenta anomalías que imposibilitan la concepción para siempre., *esterilidad relativa* cuando la curación es posible aunque sea tan sólo en teoría.

Superlativa importancia revisite la *anamnesis* en la que se procurará averiguar el mayor número de datos, sobre todo en lo concerniente a vida sexual de

la mujer, y con la más meticulosa exactitud, las modalidades menstruales. El interrogatorio deberá revelar al médico los caracteres de la función ovárica. Los hábitos de vida son muchas veces significativos. La conducción del interrogatorio es a veces laboriosa en las estériles que suelen ser muy reservadas con respecto a su vida conyugal. En otras mujeres que expresan su deseo de ser madres, el médico descubre muchas veces por co-deos que están en realidad obsesionadas por la preocupación de no haberlo conseguido aun. Otro grupo de mujeres, muy cultas a menudo, cohibidas por el influjo de conversaciones previas tenidas con su marido sobre este tema, cargan espontáneamente con la culpa de la infecundidad del matrimonio.

El médico estimará en cada caso aislado si puede llamarse estéril un matrimonio al cabo de 2 años o recién después de 3 años. Es necesario establecer en el interrogatorio exactamente desde cuándo puede considerarse el matrimonio realmente estéril. Se procurará a tal efecto averiguar desde cuándo existe el deseo de familia y por cuánto tiempo se han practicado medidas anticoncepcionales. Si la concepción no se ha producido al cabo de 2 años sin el recurso de tales medidas, se concluirá que existe necesariamente una causa incógnita de la esterilidad, sea ésta primaria o secundaria.

Además del *examen del aparato genital* se hará un *examen general minucioso*. Se estudiará

en especial *el tipo constitucional de la mujer*.

La *esterilidad del hombre* puede derivar de numerosas causas que es preciso indagar. Como se sabe, en el hombre se hace distinción entre la "impotencia coeundi" (la incapacidad para el coito) y la "impotencia generandi." La "*impotencia coeundi*" puede tener como causa:

1º, malformaciones del aparato genital; 2º, alteraciones patológicas del aparato genital; 3º anomalías o alteraciones anatómicas del sistema nervioso; 4º, factores psicógenos.

La "*impotencia generandi*" del hombre (la "esterilidad masculina"), que es 10 veces más frecuente que la "impotentia coeundi," estriba generalmente en:

1º, la incapacidad de depositar el semen, de eyacular el semen, o bien, 2º, la aspermia o ausencia de semen, o finalmente, 3º la esterilidad del semen o azoospermia.

Con mucha frecuencia (hasta en el 30 % de los casos según muchos autores), la causa de la esterilidad conyugal es atribuible a la *azoospermia*. A ningún resultado palpable han conducido los esfuerzos tendientes a oponer la fertilidad masculina en función de ciertas condiciones morfológicas de los espermatozoides. (Pero puede aceptarse como adquisición, segura que la fecundación requiere la presencia de espermatozoides normales en cantidad suficiente y con movimientos vivaces.

*La esterilidad en la mujer.* — Únicamente un aparato genital perfectamente desarrollado y en plena capacidad funcional per-

mite inferir óptimas posibilidades de concepción. Como causas de esterilidad femenina deberán contemplarse:

19, las más variadas anomalías de los diversos segmentos del canal genital femenino; 2<sup>1</sup>?, causas generales de orden físico; 89, causas generales de orden psíquico.

Es importante tener presente las relaciones estrechas entre la esterilidad y la *dispareunia*, como ya lo afirmó E. Kehrer.

Para evitar repeticiones se expondrán las indicaciones terapéuticas relativas, a medida que pasando en revista las diversas posibilidades etiológicas. Como en muchos casos se tropezará con etiología múltiple, se retendrá como regla fundamental de conducta que es indispensable eliminar todas las irregularidades para obtener resultados óptimos en el tratamiento de la esterilidad. Es ésta una exigencia tanto más imperiosa cuando la paciente ya no es una mujer muy joven.

Las *inflamaciones propias de la vulva* constituyen generalmente sólo impedimentos transitorios para el coito y, por lo tanto, casi nunca determinan la esterilidad. Sin embargo, se tendrá presente que las inflamaciones aparentes del introito vaginal no son muchas veces otra cosa que las consecuencias de tentativas malogradas de copulación.

Las *formaciones tumorales de los labios mayores y menores* deberán ser eliminadas, si alguna vez obstaculizaran la cohabitación conduciendo a la esterilidad conyugal. El *himen* estrecho,

persistente o rígido, sólo raras veces es la causa de la esterilidad femenina, pero sí muchas veces señala la impotencia masculina. Por lo general no tiene conexión alguna con el vaginismo. Algunas veces será necesario dilatar o incidir el himen bajo narcosis. La escisión completa no es aconsejable en razón de la cicatriz estrecha que muchas veces se forma.

Se impone la descripción del extraño cuadro mórbido que se llama *vaginismo*, y que se caracteriza por las contracciones espasmódicas del músculo de la vagina y de toda la musculatura del suelo de la pelvis con aducción y pronación del muslo y adopción de una lordosis extrema de la columna vertebral lumbar, en defensa contra el coito como también contra la exploración digital. El origen del vaginismo propiamente dicho, que se interpreta como reflejo psíquico, debe buscarse en imaginaciones, la mayoría de las veces evocativas de tentativas malogradas de coito, causantes de traumatismos psíquicos, otras veces derivadas de coitofobia, aversión y resistencia al acto mismo de copulación, ya sea por temor a la concepción o a infecciones, ya sea por antipatía al consorte. Es evidente que en tales circunstancias se producen a menudo lesiones del introito y de la parte himeneal, tanto más cuanto que no anteceden los preparativos psíquico-fisiológico del coito, consistentes en la humectación del introito vaginal por la secreción de las glándulas de Bartolino y de Skene, quizá también de las uterinas. To-

das las anomalías que impresionan como inflamaciones, son pues, secundarias. El tratamiento del vaginismo es muy difícil y exclusivamente psíquico. Muchas veces se hace necesario instruir a ambos consortes, otras veces se impone un tratamiento del marido.

Los *desgarros extensos del periné* pueden ser responsables de esterilidad conyugal, permitiendo el escurrimiento del semen. Estos desgarros favorecen además diversas anomalías secretorias y exponen a la invasión de suciedad. La concepción suele producirse después de la perineoplastia.

El tratamiento de la *atresia himeneal o retrohimenal*, no ofrece ninguna dificultad.

Las *atresias extensas y graves de la vagina* son a menudo de pronóstico desfavorable en lo que se refiere al tratamiento de la esterilidad, tanto más cuanto que estas malformaciones coexisten con Insuficiente desarrollo de los órganos genitales superiores.

La *hipoplasia vaginal* puede ser causa de esterilidad por la constitución deficiente de la vagina posterior que permite el escape precoz del semen. La hipoplasia vaginal es rara como manifestación aislada de la hipoplasia genital. Por lo general se acompaña de otras anomalías de posición del útero. A veces serán útiles las dilataciones extensas de la cavidad vaginal. Otras veces se impone inevitablemente aconsejar la altoposición pelviana a los efectos de la cohabitación, y la práctica del "coitus a tergo."

La esterilidad puede obedecer a *secreciones patológicas de la vagina* provenientes de vaginitis, endometritis, infecciones continuas en caso de vulva entreabierta, lavajes, colocación habitual de algodón en el introito. El tratamiento varía en cada caso. Donde corresponda se instruirá a la paciente. Muchas de las llamadas "vaginitis," incluso algunas de las fuertemente purulentas, no son inflamaciones primarias sino simplemente trasudaciones vaginales (y también uterinas) muy frecuentes en mujeres con neurosis primaria, hipoplasia o infantilismo, y en los casos de dispareunia. Se atacará el mal en su raíz, lo que a veces presenta dificultades.

En caso de *excesiva acidez del medio vaginal*, se aminora la vitalidad de los espermatozoides, lo que algunas veces puede conducir a la esterilidad. En varios casos tuve la convicción que el remedio consistía en simples lavajes vaginales con solución fisiológica de Naol o bien con solución de bicarbonato de sodio (Sims) que se han de practicar una hora antes del coito. Las irrigaciones vaginales diarias como costumbre regular, son susceptibles de alterar los caracteres del contenido vaginal. Algunas veces se producirá la concepción al discontinuar el hábito de estos lavajes.

Son muy frecuentes los casos de esterilidad derivada del *útero*.

Las *malformaciones del útero* pueden ser causas inequívocas (por ejemplo el útero bilocular o el bicorne). La reunión de ambas mitades según Strassmann, es de realización fácil.



Efectué dos de estas operaciones de Strassmann con resultado anatómico excelente. Desgraciadamente, no se ha podido comprobar embarazo posteriormente.

Aunque por lo general se deseché como causa de la esterilidad la *estenosis del cuello uterino alegando* que ningún orificio es demasiado estrecho para los espermatozoides, mis propias observaciones me han convencido de lo contrario. Es posible que no sea tanto la estrechez en sí como la inferioridad funcional del tejido o la espasmofilia, sobre todo en la porción interna donde las estenosis son mucho más frecuentes. Los éxitos positivos de la sola incisión transversal o sagital del hocico de tenca (Jobert y Simpson 1843, Sims 1866, Chrubak), son después de todo pruebas certeras de que la estenosis del cuello uterino puede ser responsable de la esterilidad. Otros autores han podido observar que los embarazos ocurrieron después de una histerometría. La estenosis cervical se asocia con mucha frecuencia con el infantilismo o suelen coexistir con la hipoplasia vaginal, el aplanamiento de la bóveda, pequenez del cuerpo uterino en anteflexión pronunciada o bien en ante-verso-flexión. Reténgase desde ya que en un tal conjunto de anomalías, concurre regularmente la hipofunción ovárica. La anteflexión uterina es raras veces la sola causa de la esterilidad, casi siempre coexiste la estenosis cervical. Por lo tanto, casi nunca producirá efecto el tratamiento de la anteflexión sola. Las mu-

jes con anteflexión y órganos hipoplásticos se quejan muy a menudo de dismenorrea. Además, suelen ser psicolábiles e irritables. Excepcionalmente se las observa robusta y hasta con hábito viril.

Muy difícil resultará la evaluación de la esterilidad en las *hipoplasias del aparato genital*. La sola existencia del útero, por minúsculo, hipoplástico o infantil que sea, excluye la afirmación de imposibilidad concepcional absoluta. Deberán valorarse como elementos de juicio complementarios los resultados del examen clínico y restantes, los antecedentes conyugales, la coexistencia eventual de estenosis cervical. Se procurará mejorar la situación instituyendo un régimen de vida higiénico con renuncia a toda costumbre anti-biológica. Pero como estas medidas resultarán insuficientes en la gran mayoría de los casos, se hará uso de un procedimiento de dilatación. Conceptúo el mejor el recomendado por Menge para el tratamiento de la dismenorrea. Como condición fundamental de su practicabilidad, se exige la ausencia de toda manifestación inflamatoria. Se empleará las bujías de Hegar que se introducirá hasta el fondo del útero. Se conseguirá simultáneamente una considerable distensión de la musculatura del pequeño cuerpo. Acostumbramos a ir hasta la bujía N<sup>o</sup> 14 o 15, aun en las mujeres sin dismenorrea concomitante. La dilatación se hará con suma lentitud. En cuanto se tropiece con una resistencia mal franqueable en el cervix, se suspenderá y se

practicará una metrotomía, a cuyo efecto se utilizará un metrotomo de dos filos a fin de excluir toda desigualdad de presión. Los metrotomos de un solo filo me parecen inapropiados. Se practicarán incisiones múltiples y pequeñas en el cervix, después de lo cual se proseguirá con la dilatación. Para evitar la presión hidráulica intratubaria, empleamos los dilatadores huecos recomendados por mí en 1918. Algunas veces no será posible renunciar a incidir incluso el hocico de tenca.

Después de secar brevemente, toda la cavidad será taponada firmemente con gasa iodoformada o aceitada. En las estériles sin dismenorrea, este taponamiento se mantiene por lo menos 4 días. Permite el drenaje evitando el estancamiento de la secreción e impide el cierre de las heridas de la metrotomía y su cicatrización constrictiva. Los embarazos que muchas de las así intervenidas han contraído posteriormente, ya no son pues obra de mera casualidad. Incluso en mujeres con útero sumamente pequeño y con amenorrea prolongada (duran años en algunos casos), se produjo la normalización catamenial y 'más tarde el embarazo, fenómeno éste que aun carece de explicación científica conciuente. La dilatación mediante laminaria no ha dado resultados satisfactorios en el tratamiento de la esterilidad. No es aconsejable tampoco la abertura prolongada del canal cervical mediante cánulas con la idea de facilitar la fecundación. He observado numerosas infec-

ciones ascendentes consecutivas a esta maniobra.

Los *viejos desgarros cervicales extensos* pueden conducir a la esterilidad secundaria; más a menudo, sin embargo, deberán contemplarse como causantes de abortos. En varios casos el embarazo ha podido instalarse después de practicada la traqueoplastia.

Algunos autores asignan mucho valor a la existencia de un *tapón mucoso cervical alcalino* bien formado. Durante el coito el orificio del cuello uterino se sumerge en el lago seminal acumulado en la bóveda vaginal posterior, volviendo, cargado de semen, a su posición inicial en el cuello, al restablecerse la relajación del útero. Es posible que exista tal comportamiento del canal cervical, lo cierto es que la concepción ocurre también sin tal tapón mucoso.

Muy debatido es el papel de la *retroflexión del útero móvil* en el cuadro de la esterilidad. Como se sabe, se registran incontables embarazos sin tropiezos en mujeres con útero en retroflexión. Igualmente frecuentes son los casos de mujeres que después de haber vivido mucho tiempo en esterilidad conyugal, contraen inmediatamente el embarazo después de la operación correctiva. Como regla se adoptará averiguar si existe retroflexión que, en la afirmativa, será, siempre pasible de tratamiento. Es necesario, evidentemente, que exista permeabilidad de las trompas. Concepto muy eficaz como método fisiológico de anastefijación, duradera y sólida si se abre el canal inguinal haden-

do la fijación de los ligamentos en su parte gruesa y proximal al útero.

No ofrece la menor duda que la *endometritis* es susceptible de originar la esterilidad. Para la conducción de la esperma, la buena constitución del endometrio es tan esencial como la secreción fisiológica. Deseo hacer crítica acerba del raspado sin criterio con que se pretende tratar la esterilidad por endometritis. Conduce muchas veces, por ascensión, a lesiones anexas irreparables. Tampoco son aconsejables las cauterizaciones extensas. Muchas veces pasa lo inverso: la esterilidad sobreviene en las mujeres con endometritis tratada por cauterización. Es útil anticipar que el raspado y la cauterización se practican no obstante con frecuencia para tratar la esterilidad—no derivada de endometritis— con el solo fin de cambiar la modalidad del endometrio. Al examinar las mujeres que se quejan de esterilidad recién se tropieza muchas veces con la existencia de endometritis, antes pasada desapercibida. Una vez descubrí una endometritis tuberculosa al buscar las causas de la esterilidad.

Haré un paréntesis para considerar una observación frecuente. Del interrogatorio se desprende en numerosos casos que el matrimonio no deseaba familia en los primeros años y recurría a diversas *medidas anticoncepcionales*. Mis incontables observaciones me convencen de que estas medidas, tales como lavados con sustancias diversas, óvulos anticoncepcionales intravaginales, conducen a daños que

no siempre se limitan a una mera alteración secretoria. Los líquidos del lavado, como también las drogas anticoncepcionales que se disuelven ante la portio, parecen ascender transponiendo el canal cervical, lesionando la mucosa y llevando a la esterilidad por este camino. No es necesario destacar el hecho de que los *pésanos intrauterinos pueden* causar no sólo graves lesiones del endometrio conducentes a la esterilidad, sino también salpingitis purulentas y peritonitis. Parece que también el "coitus condomatosus" y el "coitus interruptus" comprometen la disposición a la concepción, sin que se haya podido describir la naturaleza de los trastornos derivados de estas prácticas.

De los *tumores del útero* son los *miomas* los que pueden determinar la esterilidad. Algunos autores la atribuían a miomatosis; otros conceptuaban la esterilidad como etiología de los miomas. En la actualidad se ha generalizado la teoría, bastante fundada por los demás, de que los trastornos funcionales del ovario pueden llevar tanto al mioma como también a la esterilidad.

En la asociación del mioma con la esterilidad corresponde un papel de diverso carácter al factor mecánico. El mioma puede obstruir, alargar, torcer, acodar la cavidad uterina. La cavidad uterina puede adoptar la más variada configuración debido al crecimiento del mioma. Si el mioma tiene su localización en la proximidad de la mucosa, ésta puede atrofiarse, si el mioma tiene sede intramural, la mucosa

se hipertrofia. El útero puede asumir peticiones patológicas ciñéndose a la ubicación del mioma. Es interesante que en pacientes con mioma puede excepcionalmente ocurrir embarazo, después de muchos años de vida conyugal estéril, obviamente debido a que el mioma hace posible la concepción por cambio mecánico del cuello o bien modificación trófica de la mucosa. Si se descubre un mioma en una paciente con esterilidad involuntaria prolongada, estará justificado el diagnóstico de esterilidad por mioma. En el tratamiento se procederá de tal manera que el útero conserve su capacidad reproductiva. En los casos de miomas múltiples intramurales, será aconsejable a veces limitar la extirpación a los más voluminosos. Muchas veces se puede abandonar sin riesgo las formaciones incipientes intramurales que ciertamente no son responsables de las transformaciones mecánicas de la cavidad, como tampoco de los desplazamientos. Su enucleación crearía quizá condiciones quirúrgicas poco claras con prolongación innecesaria de la operación. La experiencia enseña que la *enucleación de miomas* es una de las operaciones trascendentales en el tratamiento de la esterilidad, porque orea positivamente la posibilidad de embarazos futuros, en cierto porcentaje de las operadas como se comprueba en la estadística. El mioma subseroso más o menos pediculado sin síntomas hemorrágicos puede ser responsable de la esterilidad por el simple desplazamiento del útero. En una pa-

ciente que se quejaba de esterilidad pude extirpar un mioma subseroso del tamaño de una cabeza de niño, pediculado, alimentado casi exclusivamente del epiplón y apenas ya en contacto con el útero, comprobándose posteriormente embarazo.

Deberá desecharse la *roentgenterapia* como recurso terapéutico contra la esterilidad por mioma, por tener su punto de ataque en los ovarios. Insisto en ello porque muchas enfermas desean este tratamiento cediendo a consejos que emanan de legos o médicos que aun conceptúan la roentgenterapia como método de elección para tratar el mioma.

Un capítulo de preponderante importancia en la esterilidad es la *impermeabilidad de los oviductos*, que sería la causa de 70 % de todas las mujeres estériles según muchos autores. Como etiología se contemplará en primera línea la *gonococcia*, quizá no con tanta frecuencia como antes se opinaba. En la anamnesis se comprueban a veces *interrupciones de embarazo* (abortos provocados) aparentemente exentas de complicaciones. Pero prevalece la impresión de que 50 % de todos los abortos provocados acarrear daños en el endometrio y también alteraciones benignas en las trompas que pueden imposibilitar o dificultar la concepción. En el Congreso Panucraínico de Ginecología y Obstetricia de 1927 se ha concedido relevante atención a este factor. Se citan *tumores anexiales del puerperio*. Como complicaciones postoperatorias de intervenciones intra-

uterinas —raspados, cauterizaciones, histerectomías, dilataciones—, se mencionan las *anexitis ascendentes* como causas de la esterilidad. En la etiología figuran también las *inflamaciones periapendiculares* y la *tuberculosis*. Además, puede ocurrir, por vía metastática, la *anexitis gripal o post-anginosa* y úe otras infecciones. Las trompas con insuficiencia funcional no siempre son impermeables; puede existir *permeabilidad difícil*. La imposibilidad concepcional puede explicarse por una exfoliación epitelial o pérdida de epitero ciliado; úlceras curadas o subsistentes, rigidez inflamatoria de la pared, pérdida del peristaltismo tubario, por cierto muy importante para el transporte ovular. Las trompas muy verticales, largas, onduladas, infantiles, muchas veces asociadas justamente al infantilismo, también pueden ser responsables de la esterilidad y son casi siempre características satélites de la incapacidad concepcional del aparato genital en su conjunto.

El *diagnóstico de la impermeabilidad tubaria* se hace mediante la salpingografía.

La *insuflación tubaria* deberá practicarse en la clínica (hospital), bajo el continuo control de la temperatura, si es posible previa reacción de eritrosedimentación. No es una maniobra de consultorio. Sólo deberá hacerse en el intermenstruo y exige la secreción cervical. Todo posible proceso inflamatorio debe haber desaparecido. De lo contrario, la insuflación, además del riesgo que encierra en tales condiciones, no tiene ningún valor co-

mo elemento de juicio, ya que al retroceder la inflamación que pueda haber, la permeabilidad tubaria es susceptible de restablecerse espontáneamente. Incluso en enfermas con tumores anexiales ya se ha observado la involución espontánea de la neoformación, con embarazos posteriores. El restablecimiento funcional de las trompas puede producirse también después de abortos tubarios, si se los trata en forma conservadora bajo estricta supervisión clínica. He tenido una enferma unilateramente salpingostomizada en la cual se reabsorbió completamente un hematocoele peritubario voluminoso del otro lado con restitución de la fecundidad y embarazo posterior. Se había hecho tratamiento conservador para no privar a la enferma de la perspectiva úe un embarazo intrauterino que aun no había podido instalarse.

La realización de la insuflación tubaria requiere el control manométrico de la presión y la ininterrumpida auscultación del abdomen. Respetadas estas exigencias, la maniobra está exenta de todo peligro. Algunas veces se cree percibir ruidos que parecen señalar despegamientos de adherencias existentes en los pliegues tubarios. Es por todos conocidos que la simple insuflación tubaria ha curado la esterilidad en casos aislados. Pero sería un grosero error y prueba de simpleza el considerar la insuflación como método milagroso y de elección para el tratamiento. La insuflación, practicada con exceso de presión, puede originar: infiltración tisular

peritubaria, enfisemas extensos, ruptura tubaria, infección, choques graves, embolia gaseosa y hasta una muerte de explicación no muy clara.

La *salpingografía*, de realización más complicada que la insuflación, suele suministrar datos muy precisos en cuanto al sitio de la obstrucción, orientando útilmente el tratamiento quirúrgico. Las salpingografías deberán ser ejecutadas únicamente en el hospital por radiólogos muy avezados tanto en su especialidad como en la ginecología.

Una vez diagnosticada la obstrucción y establecida su localización (lo que, aunque deseable, no es siempre posible), se la elimina quirúrgicamente. Se estudian detenidamente las trompas, eligiendo entre los varios métodos de salpingostomía en uso "Karl Schroder 1884), ya sea haciendo una abertura con invaginación de los bordes, ya sea resecando la trompa parcialmente y uniendo la mucosa tubaria con

la serosa, fie usa también el método de Halban (que consiste en la resección de la parte enferma de la trompa y ligadura del muñón uterino), después de la cual suele establecerse la permeabilidad tubaria, si es que ha existido la posibilidad de ello. Todos estos métodos son de pronóstico muy poco alentador. Por esterilidad debida a impermeabilidad tubaria bilateral fueron operadas, según el método de Halban, 80 mujeres en la Clínica de Heidelberg, de 1922 a 1932. Se sabe el resultado de 48 de ellas. De 20 enfermas con obstrucción bilateral una sola llegó a embarazo. De las otras 28 enfermas con obstrucción unilateral operadas según Halban más extirpación de los anexos contralaterales por inaptitud total, en una sola se produjo concepción. De otro grupo de 23 operadas, en 15 de los cuales se sabe el resultado, también 1 sola llegó a embarazarse.

No obstante el balance realmente pésimo, el solo hecho de

haberse registrado algunos éxitos justifica las medidas operatorias en las estériles por impermeabilidad bilateral de las trompas. Muchas enfermas aceptan gustosas toda medida por pocas que sean las esperanzas. Es el deber estricto del médico ilustrarlas sobre los hechos e ínfimas probabilidades de éxito; se procederá sólo ante una inquebrantable voluntad.

Generalmente da buenos resultados la *implantación en el útero de la parte amputada de la trompa*. En los casos de inutilidad de ambas trompas, se ha empleado como postrer recurso la directa implantación en la pared uterina de un ovario (oóforo-histeropexia). Nunca se deberá omitir hacer presente a las enfermas la casi inutilidad de talas operaciones. He ejecutado 2 de estas operaciones sin complicaciones para la enferma, pero desgraciadamente no se me ha señalado embarazo posterior. En otra enferma sobrevino un ileo por estrangulación seguido de muerte. También Stockel refiere un caso de ileo postoperatorio después de la tal oóforo-histeropexia<sup>1</sup> y acentúa en su conclusión que "tal operación representa un contrasentido si se considera la faz cronológica de la evolución y de la nidación," Pero hay enfermas que no se resignan ante la fragilidad de las esperanzas que brinda este procedimiento.

Los *trastornos de la función de los ovarios* forman un capítulo erizado de dificultades en lo que se refiere a sus relaciones con la esterilidad. Dejando de

lado la falta completa de maduración ovular, existen trastornos de la misma que conducen a la esterilidad. En el tacto casi nunca se advierte nada que pudiera permitir conclusiones concretas, excepto groseras deformaciones ováricas y de todo el aparato que descartamos en este estudio. Las adherencias periováricas causan a veces *trastornos de la ovulación* de los que derivan quistes por retención. Otras veces se tropieza con la *persistencia del cuerpo lúteo*, responsable de la esterilidad, la que se trata eliminándolo. También se cita *insuficiencia del cuerpo lúteo* con deficiente formación de hormonas y persistentes hormogénesis folicular que se acompaña de menstruaciones irregulares. Por la anamnesis puede deducirse a veces la naturaleza del trastorno e implícitamente el rumbo que debe darse al tratamiento. En casos de duda se recurrirá al *análisis hormonal de la orina* que aclara los trastornos puramente funcionales del ovario. Muchas veces la terapéutica con preparados ováricos, quizá combinados con preparados hipofisarios, surte el efecto deseado. ¡Altas dosis! No se ha notado resultado alguno en amenorreicas primarias, en las cuales coexiste a menudo nipoplasia del útero. Este último puede llegar a crecer por la opoterapia enunciada. A veces se podrá insistir aun más con la dilatación más arriba descripta. Varios hechos recomiendan el empleo del injerto de tejido ovárico en plena función, que a veces da lugar a una excitación o regulación funcional

del ovario hipoplástico y de la maduración ovular. En mis observaciones personales no registré más que éxitos transitorios, nunca embarazos.

La "*roentgenterapia excitante*" de los ovarios, aunque muy preconizada, me infunde aprensión y me parece totalmente contraindicada en mujeres donde subsiste la menor posibilidad de concepción: 1º, por temor a dañar el plasma germinativo; 2º, por los efectos imprevistos que tan a menudo se producen.

De manera variada pueden actuar los *quistes y retención y los tumores de ovario* en el determinismo de la esterilidad: mediante trastornos endocrinos; mecánicamente, por tironeamientos, desplazamientos, acodaduras tubarias y uterinas. El tratamiento será quirúrgico y tan conservador como posible. Es fácil enuclear los quistes foliculares, los del cuerpo lúteo, los dermoides, si el tejido ovárico se halla en buen estado. En numerosos casos fue señalado embarazo posteriormente. Los quistes luteínicos y los dermoides son de mejor pronóstico.

Corresponde citarse *las lesiones ováricas por radioterapia* conducentes a esterilidad, en mujeres que aun conservaban plena capacidad reproductiva. En muchas otras enfermas al

buscarse la "roentgen-esterilización temporaria," se provocó amenorrea permanente o, en el mejor de los casos, graves daños en el ovario. Desecho categóricamente tal método aun si es practicado por manos expertas. Bajo este capítulo caen también los trastornos funcionales de ovario en el personal de la sección "radiología" de las hospitales, en cuya profilaxis se impondrá adoptar siempre medidas escurpulosas, si las mujeres abrigan deseos de ser madres.

En términos generales la procreación es indeseable en las lixiadas de ovario.

Las *perturbaciones funcionales de las glándulas endocrinas* acompañadas siempre de disfunción ovárica, participan como importante factor etilógico en el determinismo de la esterilidad. La función sexual normal es propiamente dicho un reflejo de la normalidad endocrina.

La *hipofunción suprarrenal*, del sistema cromafín, puede producir amenorrea y esterilidad. En la enfermedad de Addison se comprueba siempre esta última. Estos trastornos derivan a menudo de alteraciones sifilíticas.

Al ginecólogo le interesa más la *glándula tiroidea*. En la hipofunción (mixedema, caquexia estrumipriva), el aparato genital acusa casi siempre desarrollo



deficiente. Algunas veces el tratamiento específico hará aparecer la menstruación creando condiciones de fecundidad. Sin embargo, en tales personas los embarazos son indeseables, como se comprenderá. En las enfermas de Basedow suele observarse tanto la fertilidad como la esterilidad. Comparto la opinión de Seitz, quien responsabiliza la hipofunción ovárica de la esterilidad en las basedowianas. El tratamiento se dirige contra la enfermedad de Basedow.

La *Hipófisis* ejerce influencia decisiva en el funcionamiento genital y los trastornos de los diversos segmentos de esta glándula se exteriorizan., cada cual, a su modo. La *hipofunción del lóbulo anterior* engendra la distrofia adiposo-genital, la obesidad hipofisaria caracterizada por la acumulación de grasa en la mitad inferior del cuerpo., con hipoplasia genital de diverso grado y esterilidad al parecer atribuible, si coexiste, a aquélla. La *hiperfunción del lóbulo anterior* determina:

- a) en edad temprana: macrosomía (gigantismo) con frecuente hiperdesarrollo genital y esterilidad;
- b) en los adultos: acromegalia a menudo con consiguiente esterilidad. Además puede llevar a un tipo determinado de enanismo asociado con hipogenitalismo y esterilidad.

En las hipofunciones anterohipofisarias se recurrirá a los preparados orgánicos en altas dosis, aunque las directamente responsables de la esterilidad son las perturbaciones oválicas

las que según varias hipótesis obedecen a su vez a centros aún superiores a la hipófisis, situados en el diencéfalo.

Muchas veces la esterilidad se asocia a la de tipo no comprendido entre los enumerados. Lo cierto es que la obesidad exógena (por cebamiento) empeora la función ovárica. De ahí que en todas las obesas estériles se instituirá un régimen alimenticio adecuado.

Muchas *ENFERMEDADES GENERALES* son susceptibles de determinar esterilidad por disminución de la vitalidad general del organismo, p. ej., la tuberculosis, la sífilis y la diabetes, que tienen cada cual su tratamiento.

Otras formas de esterilidad son las que obedecen a la *CONSTITUCIÓN BIOTIPOLOGICA*. En el Tirol pude observar con frecuencia (como ya lo había hecho Miathefi) un tipo viril-intersexual de mujer estéril, pero con útero normal. Con toda evidencia se trata de un biotipo inapto para la concepción, aunque provisto de aparato genital normal.

Muchas dificultades presenta la cuestión de las relaciones de *FACTORES PSICOGENOS* con la esterilidad.

No puede afirmarse que exista conexión constante en la *dispareunia* y la esterilidad aunque la perfección de la armonía psíquica y somática de los consortes es la mejor garantía de la concepción. El tratamiento de la dispareunia puede ser únicamente psicoterápico, con quizás instrucción de los cónyuges, por separado o conjunta-

mente. La *frigidez sexual* se considerará con mucho escepticismo. Muchas veces estriba en motivos psíquicos más profundos. En ausencia de trastornos manifiestos, casi siempre existe positivamente la fertilidad. La *normalidad de la vida sexual*, en la que se supone el funcionamiento normal de todos los órganos, es sin duda importante para lograr la concepción. En las formas más leves de frigidez se puede hacer uso de algunos medicamentos como la yohimbina, telygan o preparados ováricos puros. En ciertos casos será necesario insinuar que el éxito de la cohabitación exige algunas excitaciones locales.

Numerosas serán las observaciones de *esterilidad sin manifestaciones locales, psíquicas o funcionales*. Todo médico conoce lo matrimonios en los cuales los cónyuges cobrarían capacidad de procrear con sólo cambiar de consorte. Probablemente existe un antagonismo secretorio. Algunos afirman que la fecundación tiene lugar pero que el óvulo una vez fecundado

es destruido inmediatamente. El neologismo de "*disionia*" no expresa otra cosa que una mera hipótesis. Tampoco se conocen muy bien las causas de la esterilidad derivadas de consanguinidad, de incestos, etc. Alguna enseñanza se recogerá a medida que avance la raciología y la investigación de los grupos sanguíneos. En Ja anamnesis se anotará a veces *frecuencia de coito*, fie aconsejará la separación temporaria de los consortes. En muchos casos la nueva reunión fue coronada de embarazo. Recuerdo los "embarazos de guerra." Es posible que esta forma de esterilidad derjve de una deficiente absorción de los espermatozoides o bien de una insuficiente maduración de los mismos, o bien de abortos precocísimos debidos a la frecuencia del coito. Es muy probable que el éxito del tratamiento de la esterilidad en los sitios de balneoterapia se explique en gran parte por la simple separación de los consortes. tras el período de óptima fertilidad en la mujer a veces se po-

drá revelar a los cónyugues que se extiende del día 9 al 17 a contar del comienzo de la menstruación.

Los *hábitos de vida* revisten importancia. Muy frecuente es que la mujer cambia de hábito después de contraído el matrimonio. Muchas veces engorda sin que ello pueda atribuirse a La hipofunción ovárica. Se ordenará la regulación de sus hábitos de vida con abandono de una posible alimentación excesivamente cárnea en favor de otra más vegetariana, evitando a la vez todo exceso de esfuerzos físicos y psíquicos.

El *abuso de cocaína, morfina* I y *éter* pueden determinar la esterilidad. En algunos casos es posible 'comprobar el *abuso de nicotina*. En dos mujeres ocurrió el embarazo poco después de renunciar al tabaco. No parece decisivo el papel del alcohol en el determinismo de la esterilidad.

Existen *influencias del -medio ambiente*, que conducen a la esterilidad. Los cambios de clima p. e. estada de europeos en los trópicos, pueden disminuir la fertilidad e, incluso, llevar a la esterilidad, de patogenia sumamente compleja, como se comprenderá.

Caben breves palabras sobre la *fecundación artificial o inseminación* que se suele practicar en condiciones patológicas del aparato genital del hombre, como también en casos de "impotencia coeundi" (no impotencia generandi"), imposibilidad de eyacular. En la mujer se cita haberla realizado con éxito en casos de escape seminal (eflu-

vium seminis) o estenosis, incluso en trastornos de orden psíquico. No tengo experiencia personal de la inseminación artificial.

Algunos *balnearios* gozan de fama de obrar milagros en el tratamiento de la esterilidad. Indudablemente no podrá negarse la acción beneficiosa de los baños de fango y de agua salobre para hacer desaparecer restos de procesos exudativos. Todo lo demás es mito. No se me convencerá de poder curar una oclusión tubaria con balneoterapia. El efecto saludable de los balnearios consiste en el cambio de ambiente, regulación de los hábitos de vida y de alimentación, acción cematológica, etc., nada más. Todo tratamiento crónico de acción local deberá desecharse, en particular los lavajes frecuentes de diversa índole, la masoterapia, sotare todo el método bimanual de Thure-Brandt, que es completamente inapropiado.

En resumen: la etiología de la esterilidad conyugal es sumamente variada. Descartada la causa más frecuente, la oclusión tubaria bilateral, de pronóstico poco alentador, las otras formas de esterilidad, aunque a veces de interpretación muy compleja, ofrecen un grato campo de actividad médica, ya que toda curación constituye un éxito médico-social, tanto más empeño y paciencia requiere.

(*Muchener Me. Woch* 1935, pág. 1267).

Traducción de J. ALBANI.

—Del Día Médico.—

## El ácido clorhídrico como indicador en los focos latente de infección

*Reproducido del SOUTHERN MEDICINE N SURGERY,*

*Vol. 97, Julio de 1935 Por el Dr. Charles*

*DeWitt Colby, Asheville, N. C.*

En un informe presentado en 1932 a la Asociación Médica de las Carolinas y Virginia en 1932, sobre el tratamiento del asma y los estados afines con la administración del ácido clorhídrico, hemos recibido el hecho de la tendencia de este ácido a localizar la infección o a aumentar sus manifestaciones en un foco ya existente. Para ilustrar este principio se refirieron casos adicionales. Esto ha sido muy útil para señalar el procedimiento quirúrgico adecuado cuya ejecución produjo el alivio no sólo de la extensión activada sino también de los síntomas secundarios que la obscurecían. Así es que en dos casos en que los síntomas eran de disnea con murmullo y estertor sibilante, se produjo dolor en la cara, después de algunas dosis de ácido clorhídrico, cuando se observó que ambos antros eran el sitio de una inflamación. Por medio del drenaje se obtuvo el alivio rápido no sólo de la sinusitis sino también del asma que la precedió y que, sin duda fue su causa.

En otro caso se trataba de asma y de bronquitis durante nueve años acompañadas de tanta pérdida de peso que hizo suponer la presencia de una tuberculosis, por cuya razón el paciente fue internado, desafortunadamente, en un sanatorio de

Pensylvania, durante diez meses. Todas las pruebas alérgicas usuales resultaron negativas; no hubo reacción después del uso de la efedrina; la inhalación de polvos asmáticos o la administración de vacunas anticatarrales. Las inyecciones de ácido clorhídrico fueron seguidas por dolores en las rodillas, en la espalda y en el cuello, lo que condujo a un examen dental y a la extracción de tres muelas. En seguida se quitó el dolor; mejoró el estado asmático; el paciente aumentó de peso, hasta que finalmente recobró enteramente la salud.

Otro paciente tenía bronquiectasia y era sensible al pus de su esputo. Se hizo la resección de una castilla con compresión parcial; el paciente empezó en seguida a restablecerse.

En otro caso había una erupción general de la piel con escamas secas y fuerte comezón que impedía el descanso. Ya había recibido el paciente varios medicamentos internos y locales sin obtener alivio. También tenía un empiema tuberculoso con infección mixta, al que era muy sensible. Después de hacer una punción en la cavidad pleural, se despejó la piel completamente y se obtuvo una mejoría general notable.

Otro caso de urticaria era tan grave y rebelde al tratamiento

que un buen dermatólogo lo diagnosticó como lupus. Algunas dosis de ácido clorhídrico revelaron una congestión de la próstata. Con masaje metódico de la próstata y más inyecciones de ácido clorhídrico, se limpió completamente la piel.

Un paciente de fiebre de heno tuvo reacciones positivas con más de doscientas pruebas cutáneas para la sensibilización proteínica, y como resultado de ello, tuvo que limitarse a dos clases de carne y a muy pocos vegetales. También tuvo que evitar el humo de tabaco así como las plantas en flor. Los hemogramas de este caso ofrecen un interés especial. Antes de la primera inyección habían 4.600 leucocitos, con un eosinófilo; 38 segmentados, 52 linfocitos y nueve monocitos. Después de la segunda inyección los leucocitos eran 10.600, con 3 eosinófilos; 59 segmentados; 34 linfocitos y 4 monocitos. Después de la tercera inyección había 13.200 leucocitos, 1 juvenil; 6 "stabs"; 70 segmentados; 19 linfocitos, y 4 monocitos. Doce horas después se manifestaron fuertes dolores en la región del apéndice el cual se extirpó y se encontró hinchado con bolsas de pus por ambos lados, y en medio una adhesión constrictiva que lo tenía pegado a la pared pélvica posterior. Desde entonces, el paciente ha podido gozar de una dieta normal, no ha tenido síntomas intestinales, y se ha librado completamente de su alergia.

En otros pacientes se presentaron fuertes dolores de muelas después de cuatro inyecciones de ácido. La extracción fue segui-

da de un aumento de hemoglobina y una mejoría general.

Un caso reciente tiene un interés especial debido a que se estudió primero cuidadosamente sin el ácido, y que abarca el campo de la ginecología, el primero que sepamos era una mujer blanca de veintinueve años, nacida en Georgia y que había vivido casi toda su vida en Florida. Era muy activa, física y socialmente hasta que llegó a la clínica trayendo un diagnóstico de tuberculosis, indudablemente, debido a su hemoptisis. Siete días después del nacimiento de su primera criatura (hacia siete años) se le presentó algo como asma. Tenía ataques de disnea que casi llegaban a ser ortopnea, empeorando por la noche y acompañada de congestión de los ojos y de la nariz. Después de seis meses de estar padeciendo así, se fue a Atlanta donde un internista bien conocido llevó a cabo un concienzudo examen de la nariz, la garganta, el pecho, los senos y los dientes, y también, hizo extensas pruebas alérgicas que resultaron todas negativas. Al principio del padecimiento se operó de las amígdalas y un año después del examen uno de los cornetes, pero sin obtener alivio con estas operaciones. Desde entonces ya no recibió tratamiento alguno pero se alejó de Miami donde había empezado su mal. Los ataques no variaban según la estación. No recuerda como causa algún factor dietético. Después de recibir algunas inyecciones de ácido clorhídrico, mejoró mucho, pero habiendo regresado a Florida re-

aparecieron los síntomas. Vino otra vez para ser tratada, aliviándose inmediatamente, pero tuvo una recidiva al regresar a su casa. Entonces resolvió abandonar totalmente Florida e ir a la Carolina del Norte donde su marido encontró la posibilidad de hacer ciertos negocios. Allí tuvo otra vez asma por lo que vino a Asheville para que la vieran, pero cada vez que volvía a su casa reaparecían los síntomas. Después de un ataque especialmente fuerte que duró varios días, permaneció en Asheville por más de dos meses. En la casa de salud donde la venían tratando, una enfermera observó que como a las cuarenta y ocho horas después de cada inyección la paciente tenía un derrame vaginal copioso y fétido. Refirió este hecho al Dr. Pinckney Herbert, quien examinó a la enferma en la que encontró un grado avanzado de endometritis crónica con erosión del cuello de la matriz. Hizo un curetaje y removió los tejidos enfermos con un cuchillo de cauterio. La paciente se restableció pronto de este estado y ahora está absolutamente libre de asma a pesar de haber pasado por una estación húmeda y haberse encontrado en una epidemia de infecciones respiratorias. Hoy día está en mejores condiciones de salud que en años pasados.

Sólo después de haber observado sus efectos como agente terapéutico se pensó en usar el ácido clorhídrico por su reacción peculiar de producir síntomas que señalen el sitio de alguna inflamación. Como resultado

de esta experiencia y con el número de casos referidos y la forma impresionante en que demuestran el principio descubierto, estaría justificado recurrir a este procedimiento en todos los casos en que aparentemente haya asma o fiebre de heno cuyo factor causal esté obscuro. Especialmente está indicado en todos los casos que han sido estudiados ya bajo todos los demás aspectos.

No se ha probado este método en los niños debido al pequeño calibre de sus venas y la necesidad de la debida experimentación para determinar la dosis adecuada que evite serias reacciones. Sin embargo, se han obtenido resultados muy satisfactorios cuando se da a los niños una gota de ácido nitroclorhídrico químicamente puro, bien diluido y a través de un tubo de vidrio, tres veces al día después de las comidas.

Estimulados por nuestros resultados en el grupo original referido, en cuyos casos había secreción abundante de pus así como tuberculosis; guiados también por el trabajo de Ferguson y Haynes con varias infecciones, resolvimos dirigir nuestras observaciones hacia otros campos.

Por lo tanto, pedimos al dueño de una botica frecuentada por corrilleros que nos enviase al laboratorio a todos los que tenían blenorragia. Algunos vinieron y quedamos sorprendidos por el hecho de que, en cada caso, después de algunos tratamientos, cesó el derrame sin usar medidas locales. Como en los demás grupos aumentaron los leucocitos. El Doctor A. B,

Greenwood urólogo de Asheville, ha venido dando ácido clorhídrico intravenosamente durante muchos años a un gran número *úe* pacientes que padecían uretritis y sus complicaciones. Notó la prontitud con que podía dominar ambos estados, y especialmente aliviar el dolor en la epididimitis. Nunca ha tenido contratiempo. Generalmente usa doce dosis de 15 c. c. de una solución al 1:1000. El Doctor Alien T. Hipps de Asheville, además de probarlo en su clientela, ensayó el ácido clorhídrico entre los reos de un presidio cuya mayoría, padecía de enfermedades venéreas en forma aguda o crónica. Le impresionó sobremanera el pronto restablecimiento y el haber podido prevenir complicaciones como la cistitis, orquitis, prostatitis y epididimitis. Estas observaciones han sido confirmados por el Dr,

Courtney W. Shropshire de Birmingham, en su trabajo publicado en *The Urologic & Outaneous Review*, Agosto de 1934.

En el ramo de medicina veterinaria, muchos profesionistas han referido éxitos con el ácido clorhídrico en el tratamiento del moquillo canino. Es bien conocida la severidad y alta mortalidad de esta enfermedad de los perros, como sucede con la influencia en el ser humano. El Dr. Milton Leonard, de Asheville, ha usado el ácido por más de tres a cuatro años. De 1933 a 1934, trató doscientos y treinta y siete perros entre los que tuvo veintinueve muertes, proporción que muestra una disminución muy satisfactoria del promedio usual del cincuenta por ciento. Encuentra que el ácido es superior al suero y su costo mucho menor.

## Los médicos norteamericanos diagnostican su propio caso

*Por el Dr. Julio Cántala*

En los Estados Unidos surgen los grandes contrastes. Es el país de los hospitales "mastodontes," de los laboratorios más ricos y de las clínicas más perfectas, la nación del mundo en donde la "Medicina Preventiva" ha llegado a hacer milagros y al lado de estas maravillas, en el Estado de Nuevo México la tercera parte de los enfermos se mueren por falta de asistencia médica, la cuarta parte de las madres alumbran sin auxilios de la ciencia. Todos los años muer-

ren en el país 15,000 enfermos de tuberculosis que no pueden ser atendidos en los hospitales. Muchos farsantes y curanderos se enriquecen a cuenta de la ignorancia y sobre todo "en los Estados Unidos, el país de la higiene y de la medicina supercientífica, mueren más mujeres de parto que en ninguna otra parte del mundo."

La persona del médico americano es víctima también de una porción de factores incongruentes. Financieramente no

avanza. Es un ser catalogado dentro de la clase media sin grandes esperanzas de alcanzar holgura pecuniaria. La mayoría de los médicos al llegar al final de sus días mueren pobres. El médico es víctima de una profesión que le exige las 24 horas del día. Salvo raras excepciones, no tiene tiempo "para nada." Es una bestia de carga metida en un círculo vicioso del que difícilmente puede salir.

Pero por fin el "médico trata de diagnosticar su propio caso." Surge en los Estados Unidos una corriente para encontrar las causas "patológicas" que afectan tanto a la medicina como al galeno.

En la primera semana de abril se ha hecho público un informe en que se estudian los males citados "The American Foundation" se ha dirigido a 2.200 médicos en todos los Estados de la Unión, con 20 o más años de ejercicio profesional, preguntándoles si en realidad la medicina debe sufrir cambios radicales y de qué manera deben orientarse tales reformas. Las 2.200 respuestas concuerdan en que la "medicina necesita una reforma para bien del público y de los profesionales." Este movimiento ha creado entre los médicos que han respondido tres escuelas. |> La que dice que la Medicina debe ser completamente socializada y dependiente del Gobierno como es, por ejemplo, el ejército. En este caso los médicos serían funcionarios del Estado como lo son los militares. El sostenimiento de este nuevo régimen se haría a base de un seguro de salud obligatorio, en

unos casos pagado sólo por el ciudadano, en otros por el Gobierno y otras veces por el Gobierno y ciudadano. 2° La segunda escuela es la de los conservadores que son, como es lógico, los pocos médicos que ganan mucho. Sostiene que la medicina debe de ser libre como hasta ahora sido. 3° En el tercer grupo, que afirma que una mezcla de las anteriores quizá pudiera resolver el problema, es decir, una profesión libre controlada de cierta manera por el gobierno con objeto de investigar la capacidad de los profesionales y al mismo tiempo la aceptación de "pólizas de seguro" que servirían para pagar los honorarios del profesional libre.

Sobre esas tres opciones domina una en la que todos los médicos están de acuerdo y es que si se socializa la medicina, hay que hacerlo de una manera en que "quede libre de la influencia de los políticos" o del "caciquismo" de los que dirigen las grandes sociedades y corporaciones.

Este informe lo consideramos de una trascendencia enorme, pues tal problema está sobre el tapete en algunos países de Hispano América. Se analizan miles y miles de cartas y por ellas se ve la "patología" que afecta al ejercicio de la medicina moderna, o en otras palabras, las causas que han ocasionado este desequilibrio y "malestar," tanto en los enfermos como en los médicos. Citaremos algunos "síntomas de la enfermedad."

La "revolución industrial" ha afectado el ejercicio profesional, como ha cambiado la vida de



os pueblos rurales. He aquí lo que dice un galeno: Empecé a ejercer en el año 1903 en un pueblecito de la campiña compuesto de unas 75 casas. Veía a mis enfermos movilizándome a caballo. Tenía tiempo de sobra para atender bien a mi reducida clientela. De repente se instalaron unas fábricas, llegó al lugar gente muy rara. Surgieron las clínicas de estos talleres, luego un hospital. Industria, mecánica y falta de interés profesional por el enfermo. La fábrica se convirtió en el centro de la asistencia médica.'

Otro elemento revolucionario ha sido el avance rápido de la ciencia en todas sus ramas y que no todos los profesionales han podido seguir. Ejemplo: "Cuando hace años empecé a ejercer, dice otra carta, usaba unos métodos que se diferencian de los de ahora tanto como el carro tirado por un hombre del aeroplano de Lindbergh. Cataplasmas, ventosas y no mucha desinfección. He traído al mundo cientos de niños y aunque en aquellos días la higiene no era muy avanzada, puedo decir que apenas he tenido contratiempos. Todo era sencillo entonces. Ahora no puedo ir adelante con ningún enfermo si en los primeros momentos no pasa por el análisis de orina, recuento globular de sangre. Wassermann, Rayos X, metabolismo basal, etc., etc. ¿Cuántos enfermos pueden pagar todo esto?

La educación moderna ha creado un tipo de médico muy diferente del de hace unos años. Ahora el muchacho que sale de

la universidad es un "super-científico" con miras a una especialidad que le dé frutos pecuniarios. En una carta dice un decano de una famosa escuela de medicina, que sólo el veinte por ciento de los llamados especialistas merecen este calificativo. El mismo especialista se da el título de tal y en muchos casos, un "diploma" cualquiera colgado en el consultorio garantiza el crédito profesional del galeno. El estudiante moderno sale de la universidad hecho un "técnico" con conocimiento profundo del manejo (de una infinidad de aparatos, pero como clínico es un desastre. Un profesor escribe: "En una sala de mi servicio había un enfermo que mostraba un hecho que cualquiera que no fuera médico podía ver que tenía un corazón que palpitaba enormemente y de un gran tamaño, es decir, lo que llamamos corazón bovino. Pedí a uno de mis internos novatos que me diera su opinión sobre el caso y me contestó: "Excúseme, profesor, pero todavía no ha llegado el informe teleroentgenográfico. . .". Alcé los brazos y grité en la sala: "Sombra de Hipócrates, ojos de Laenec y Sydenham, ayudad a este desgraciado."

La exageración por aparatos y exámenes de Laboratorio ha ido muy lejos en los últimos años. En cambio, el trabajo de la clínica, la vulgar observación del enfermo se ha abandonado. He aquí lo que dice un clínico veterano: "Nunca he visto en mi larga experiencia un error debido a la interpretación de los conocimientos básicos de la clínica. En cambio, puedo citar

## Ensayo de rectificación a la dietética humana

Por el Dr. Alfonso G. Alarcón \*

En el curso del año académico próximo pasado, tuve el honor de presentar a la consideración de la ilustre Asamblea, una comunicación relativa a asuntos de dietética. 1

En un estudio, necesariamente breve, traté de resumir los principios que acerca del particular creí haber conquistado en el curso de mi experiencia clínica; mas como las verdades que en esa ocasión me permití exponer, reñían con principios dietéticos clásicos y con determinadas ideas reinantes en fisiología, mi estudio, terroroso por imperfecto, dada la modesta calidad científica y profesional de su autor, recibió el honor de ser discutido y comentado con interés.

Si yo no rubiera abrigado tan profunda y sinceramente la convicción de que lo observado por mí en la clínica, especialmente en la clínica infantil; si las leyes formuladas por mí, a fuerza de meditación y pulimento, respecto de la serie de casos que con espíritu crítico y afán investigador he podido coleccionar como médico aislado, en los mejores veinte años de mi vida profesional, si no hubiera llegado

por caminos de sorpresa hacia verdades que no había visto formuladas, este primer acto de severidad del medio académico en la fecha de mi verdadero ingreso a su ilustre seno, hubiera enfriado mis entusiasmos; pero sucedió lo contrario. Precisamente el que mi voz, llena de timidez, no se hubiera perdido en el vacío, sino que fuera tomada en consideración y seriamente escuchada y criticada por uno de nuestros mejores ingenios, me ha animado a insistir.

Con ese propósito vengo en esta fecha de mi turno de lectura, a renovar con más cuidadoso afán las ideas que constituyen el fondo y alma de mi *doctrina*.

*La voz del instinto. Los reflejos.*

— El hombre sabe, porque se lo dice el instinto con la elocuencia del apetito, que debe comer. A esta noción lo conducen los órganos de los sentidos y la corriente del instinto capital de la nutrición. Los órganos de los sentidos, como receptores de la nutrición. Los órganos de los sentidos, como receptores de sensaciones diversas, correspondientes a otras tantas calidades de onda, le ilustran respecto del medio que le rodea, proporcionándole nociones que se relacionan con sus actividades como ser adaptado a su propio medio o como producto y parte del mismo.

El concepto de necesidad alimenticia se ha formado en su cerebro por el ejercicio de ani-

\* Leído en la sesión del 10 de febrero de 1937 y publicado en este número por acuerdo especial de la Academia.

1 «La dispepsia de los alimentos líquidos.» GACETA MEDICA DE MÉXICO. Tomo **LXVII**. Página. 42.

males guiados por los recursos normales de relación entre el ser y su medio, que son los reflejos. Estos, que son las unidades del instinto, son de dos grandes clases: *reflejos absolutos*, *reflejos condicionados* (Pawlow).

El capital reflejo, la calidad y cantidad de vida, la fortuna estable e inmortal de relación entre el animal y su medio, la posee el animal mismo y la constituyen los *reflejos absolutos*, que podrían calificarse, por su naturaleza, de las más diversas maneras: reflejos fundamentales, reflejos invariables o inmutables, etc. Estos reflejos pertenecen en propiedad directa a la especie. El animal no puede modificarlos por acción individual más que en una proporción infinitesimal, que el hombre no es capaz todavía, por la brevedad de su existencia consciente sobre la tierra, de comprobar por observación directa.

Los reflejos condicionados son de otra naturaleza; son propiamente los factores de relación destinados a la obra indispensablemente "maleable" de la adaptación. De estos reflejos sí dispone el animal; y cuando se trata del animal inteligente, además de crearlos, los complica, combina o disuelve. La gloria del ilustre Pawlow está en haber descubierto y precisado al máximo los caracteres de estos reflejos. El instinto de nutrición se compone, como cualquiera otra forma de instinto, de las dos clases de reflejos. El reflejo de succión, que el recién nacido es capaz de ejecutar perfectamente desde el instante del na-

cimiento y que ejerce probablemente durante la vida intrauterina, es un reflejo específico típico. La especie sin él sucumbiría en el acto.

La corteza cerebral del recién nacido *es virgen*; pero tan pronto como el nuevo ser entra en contacto con la *¡Naturaleza*, las ondas de ésta se dirigen a los receptores del *-pequeño organismo* y se inicia la impresión de nociones, constituyendo los reflejos de la categoría de los considerados en segundo lugar: es decir, los reflejos condicionados, reflejos relativos, reflejos de adquisición individual, reflejos disponibles o de adaptación.

Se observa en el reino animal que sus 'Componentes ejercitan este instinto de manera que nos parece automática y sencilla. Por eso el hombre, que con todo y su inteligencia dispone de fuerte instinto, parece que no tendría por qué preocuparse demasiado por el arte de satisfacer el instinto que le conserva la vida. Es una guía para cada animal y tiene tales caracteres de seguridad, que difícilmente lo conducen a error; de manera que si se razonase con sencillez, podría convenirse sin esfuerzo, como lo hacen los naturistas, en que la mejor conducta nutritiva del hombre debe de ser la que parece cuidar de los animales: la de atenerse al instinto.

*Intervención de la inteligencia y la voluntad.*—Pero el hombre se diferencia de los demás animales; por eso la fisiología experimental tiene tales y tan graves tropiezos y lo induce a incurrir en tan lamentables errores.

Se supone que primitivamente todos los animales hayamos pertenecido a una sola y única especie, pero lo que se ve es que ahora, en el transcurso de los milenios, los animales no se parecen ya sino en caracteres generales que corresponden al medio común.

Por eso el hombre no puede quedarse solo con su instinto; tiene interpuesto en el proceso de su evolución como especie, un factor que no puede él mismo eludir en el ejercicio de su fisiología, porque también es un producto natural físico-químico de las actividades de su propio medio: este factor es la voluntad.

En el orden de la alimentación, el instinto conduce al animal ciegamente hacia el alimento específico. El hombre con voluntad, el hombre maduro, puede torcer esa línea recta. Si quiere la sigue y generalmente lo hace; pero puede estorbarla por mil circunstancias que hacen o que harán que el animal en estas condiciones no realice el acto instintivo. Como el elemento principal de la atracción nutritiva es el gusto y como tratándose del sabor que es la no-

ción respectiva, hay una infinita variedad, el hombre  *Cree* con facilidad que satisfaciendo su gusto, cumple con su instinto.

Esto sería verdad y lo es para los animales de instinto puro; pero para aquellos en que la voluntad está bajo la luz de la inteligencia, a veces brillantísima, los caminos del instinto están sembrados de encrucijadas que pueden conducir al error.

Al hombre le pasa esto de manera progresiva. Se lamenta él mismo de ser menos feliz y menos saludable a medida que es más civilizado. Se considera más enfermo o más obligado a perseguir la salud artificiosamente, a medida que más se ingenia para la vida cómoda y la aptitud de la molición.

observa con desencanto y terror, que su ingenio científico lo precipita cada vez con más impulso hacia la degeneración o quizá su desaparición de la superficie del mundo.

¿Será que al hombre le estorban la inteligencia y la voluntad para el ejercicio del instinto de nutrición? Posiblemente.

(Continuará)

## NOTAS

En viaje de salud salió para Rochester, Minnessota, nuestro consocio el Dr. Ricardo D. Alduvin.

reuniones médicas que tendrán verificativo en este mes nuestro buen amigo el Dr. Antonio Prazza de San Pedro Sula.

Para Alemania se embarcó con el objeto de asistir a las

Ocupando un alto cargo en el Hospital de Puerto Castilla se

encuentra desde el mes de julio el Dr. Alfredo G. Midence.

Recibimos en calidad de obsequio del Servicio de Profilaxis de la Fiebre Amarilla de Venezuela el hermoso impreso titulado ACTUALIDAD DEL PROBLEMA DE LA FIEBRE AMARILLA, escrito por los Drs. Arturo Guevara y A. González Puccini.

Nuestro amigo,, el notable escritor y cirujano de la marina chilena, Dr. Juan Marín Rojas nos envió su última publicación titulada ASPECTOS MÉDICO-SOCIALES DEL PROBLEMA DE LA TUBERCULOSIS, escrito por él y su hermano Manuel. Sobremanera nos interesó su lectura porque parece que los datos estadísticos los hubieran tomado los autores en nuestro país. Es muy agradable leer documentos tan llenos de dolorosa realidad, abordados con tanta valentía y en forma que no deja lugar a ninguna duda. Siempre hemos gozado leyendo los escritos del Dr. Marín y hemos reproducido algunos de ellos porque lo consideramos un patriota sincero y esforzado.

En calidad de Canje hemos recibido las siguientes publicaciones médicas: Revista de Medicina y Cirugía de Barranquilla, Colombia; Revista dos Cur-

sos, órgano de la Facultad de Medicina de Porto Alegre, Brazil; Boletín de la Escuela de Odontología de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Mayor de San Marcos, Lima, Perú; Anales de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires; Revista de Terapia Parentérica del Laboratorio Loeser de New York.

A todas agradecemos su atención y corresponderemos gustosamente.

En viaje de estudios salió para los Estados Unidos el Dr. Manuel Larios con la intención de asistir también al próximo congreso de Radiología que tendrá lugar en septiembre en Chicago,

La Dirección de Salubridad Pública del Estado de Minas General Geraes del Brazil ha tenido la gentileza de enviarnos el Anuario de Estadística Demográfico-Sanitaria publicado en 1931 y los Archivos de Salud Pública correspondientes a junio de 1937.

En el presente número concluimos la publicación de los bellos capítulos extractados de la Semiología Urinaria del canadiense Osear Mercier, discípulo aventajado y muy apreciado del Profesor Marión de París que por varios meses llegaron a nuestros lectores por considerarlos de extrema importancia;