Año VII

Nº 72

REVISTA 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	323
Un caso de absceso del pulmón, por el Dr. Héctor Valenzuela	326
Apuntes de clínica médica, por el Dr. Humberto Díaz	328
Disentería balantidiana, por el Dr. Manuel Cáceres Vijil	331
Herida penetrante tóraco-abdominal, por el Dr. S. Paredes P.	333
Lo que oí del profesor Leriche en Buenos Aires, por el Dr. Pastor Gómez h.	336
Caquexia hipofisaria, por el Dr. Marcial P. Ochoa	338
Profilaxia, tratamiento y bacteriología de la tos ferina, por el Dr. A. D. Gardner	344
Los portadores de gérmenes venéreos, por el Prof. H. Gougerot	350
Revista quirúrgica, por el Dr. S. Paredes P.	355
Conceptos generales sobre profiláxis y servicios anti-tuberculosos, por el Dr. Julio Morera Carbonell	358
Ensayo de rectificación a la dietética humana, por el Dr. Alfonso G. Alarcón (concluye)	365
Notas	380
Indice del tomo VI	381
Indice del tomo VII	382

Septiembre y Octubre

Imprenta Calderón

1937

REVISTA MÉDICA HONDURENA

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 Vidal
ADMINISTRADOR: Dr. Marco Delio Morales

Año VII i Tegucigalpa, Hond. C. A-, Septiembre y Octubre de 1937 | No 72

PAGINA DE LA DIRECCIÓN

Problema mundial es el referente al aborto que preocupa a los estadistas y médicos de las naciones cuya población va cada día decreciendo y también a las que como Alemania, Italia, Polonia y el Japón van en aumento; las unas porque sufren y las otras porque, insaciables, no quieren perder la mejor ^oportunidad de ser las mas poderosas gracias a la inmensa riqueza representada por el capital hombre.

Si esas naciones perfectamente constituidas desde antaño, organizadas sobre sólidas bases de estabilidad social, política y económica viven pendientes del aumento de la natalidad, qué diremos nosotros, ciudadanos de un país despoblado, pobre y desorganizado, cuando contemplamos el panorama de la escasísima natalidad y abundante mortalidad?

Felizmente no es el aborto criminal el causante de tanto mal. Son tantas las pestes que nos diezman que él queda en término secundario; sin embargo no por eso hemos de cerrar los ojos ante el número considerable de seres que diariamente se pierden a causa del *aborto.*

Ocupa sitio de primera línea el aborto de origen palúdico como frecuencia; después los de origen sifilítico, luego por infecciones generales como neumonía, gripe, tifoidea, reumatismo, fiebres eruptivas; en último término están en proporciones semejantes los abortos por traumatismos como caídas, golpes sobre el bajo vientre etc., y los criminales que ya van sumando en mi práctica unas cuantas docenas.

Si bien no está en nuestras manos desterrar los abortos por traumatismos y los ocurridos en el curso de enfermedades infeccionas pues sólo destruyendo éstas evitaríamos aquél que no es-

tá dentro de las posibilidades; pero sí podríamos los médicos contribuir a la disminución de los abortos criminales denunciando valerosamente a los individuos que sabemos se ocupan de tan miserable negocio. Es cantilema corriente en esta ciudad la que pregona el sinnúmero de abortos realizados por facultativos en muchos años transcurridos sin ser objeto ni siquiera de la censura pública y menos de la intervención gubernativa ni de la sanción legal. Ya en cierta ocasión denunciamos por la prensa semejantes atentados al más elemental derecho a la existencia como es el nacer. Sordo fue nuestro llamado; continúan los abortadores haciendo su explotación,

Sabemos no sólo de médicos, cuya culpabilidad es imponderable, son verdaderos criminales, pues abusan de la honrosa investidura otorgada por el estado y de la incomparable libertad de usar de sus conocimientos científicos para intervenir en el grandioso mundo de la existencia de un ser humano. Son también profanos carentes de concepto alguno de moralidad ni respeto a la vida, individuos que por azar aprendieron a provocar el aborto y hallándose solicitados por las mujeres embarazadas que alegando mil razones no quieren procrear, encuentran fácil y lucrativo medio de ganarse la vida.

Son muchos ya los casos de grandes hemorragias, de perforaciones uterinas, peritonitis y perforaciones, de septicemias post-obortum que hemos tenido que asistir tanto en el Hospital como en la clientela privada y por eso llamamos seriamente la atención del gremio médico.

*Al dar esta enésima campanada aprovecho la ocasión para insistir una vez más sobre la necesidad urgente que hay de hacer operar lo más pronto posible todas las infelices mujeres que víctimas de un aborto de cualquier naturaleza que sea se hallan en condiciones propicias sino de encontrar la muerte próxima como sucede a menudo, la de sufrir por largo tiempo las enfermedades que deja como secuela un aborto: metritis hemorrágicas, endome**trítis,** parametritis, salpingitis, esterilidad, etc.*

Mi experiencia me ha enseñado cuan milagrosa es la operación en estos casos, mejor cuanto más próxima al accidente. Por eso concluyo estas líneas haciendo un sincero y leal llamamiento a todos los médicos de intervenir cuanto antes en sus pacientes que hayan abortado por cualquier causa sin descuidar, se entiende, el tratamiento causal para evitar la repetición.

UN CASO DE ABSCESO DEL PULMÓN

{Curado)

Observación

La señora C. de A. entra a La Policlínica el 25 de mayo de 1937 con una franca Neumonía aguda del lóbulo medio del pulmón derecho.

Antecedentes, — Hereditarios y colaterales. — Carecen de importancia, su padre vive y tiene 87 años, gozando de un perfecta salud; su madre murió de 47 años, de hemorragia cerebral, pero su salud anterior, según nos informa la paciente, era bastante buena. Tuvo dos hermanos, de los 'cuales uno murió *cardíaco* y el otro por herida producida por arma de fuego.

Antecedentes personales. —--La paciente tiene 47 años de edad, es casada, su menarquia apareció a los 14 años de edad; desde muy joven ha sufrido de jaqueca, lo mismo que de dispepsia; ha tenido varios accesos de paludismo; tuvo 6 hijos a término y un aborto de 5 meses. Su peso ha fluctuado entre 117 y 121 libras. Nos dice que el año de 1917 tuvo neumonía doble, de la que se restableció hasta los 45 días, habiendo quedado sufriendo de una inyección infectada.

Estado actual. — Al llegar al Establecimiento, tenia tres días de haber enfermado, con una temperatura de 39[1]? que marca en la boca, y con todos los caracteres de una neumonía franca del lóbulo medio del pulmón derecho. Su estado no es alarmante y el curso de la enfermedad *es* normal y la temperatura desciende en lisis. A los doce días de su ingreso al "Establecimiento, cuando la temperatura era de 37.3 en la tarde y en período de franca 'Convalecencia, se queja da un fuerte dolor en la misma región, sube la temperatura a 40^, se nota una respiración dificultosa, su aspecto es cianótico, pulso frecuente y pequeño. Se nota una macicez en la región afectada, con pequeña sonoridad en la parte superior y estertores expiratorios muy escasos. Se le hace una radiografía y da una imagen hidro-aérea, que confirma el diagnóstico de absceso pulmonar. Se le inyecta, por vía endovenosa, solución de benzoato de soda, y se le prescribe una poción tónica, con lo que se nota una mejoría; a los doce días aparece una vómica, cuya expectoración de 450 gramos es francamente purulento y de olor fétido. Su estado general mejora, la temperatura baja a 379 4, pero la expectoración no disminuye. Se queja de insomnio y de fuerte sudación general. Se dispone hacerle el

neumotórax artificial (dicho procedimiento aconsejado por muchos autores tiene entre otros mucha oposición), inyectándole 350 ce. de aire el 5 de julio, 7 y 12 del mismo mes. La mejoría es franca después de la primera insuflación, ya que la tos, la expectoración y disnea disminuye paulatinamente.

La convalecencia se acentúa, la paciente dispone dejar el establecimiento por sentirse perfectamente bien, pero súbitamente le aparece un dolor en la pierna del lado izquierdo, subiéndole el termómetro a 389 5 y presentándosele un edema en dicha región; se hace el diagnóstico de flebitis y se ordena la inmovilización del miembro y se dan las prescripciones terapéuticas pertinentes. A los 8 días todos los síntomas mejoran, quejándose sólo de un dolor al intentar mover el miembro afectado. En el curso del restablecimiento sufre de accesos de paludismo, los que son tratados con inyecciones de quinina, de arrhenal y por vía oral con atebrina compuesta.

Se continúa también el tratamiento con antisépticos pulmonares y con preparados acrínicos, a fin de modificar la expectoración, observándose en la enferma una mejoría paulatina y constante. En la mañana expectoraba al rededor de 30 gramos y se dispuso hacer un examen del esputo, en el que se en-, contró pocos bacilos de Koch.

La paciente dispone regresar al lugar de su residencia, considerándose muy mejorada, y se le recomienda estar bajo vigilancia facultativa.

Conclusiones y consideraciones

1º—Frecuencia de abscesos del pulmón en el curso o consecutivos a una neumonía, y de latuberculosis pulmonar como consecuencia de abscesos pulmonares.

2º—Utilidad de los Rayos X (Tomografía) para localizar el absceso del pulmón, e indicar al Cirujano, en caso de operarlos.

3º—Resultado terapéutico, en el caso relatado, muy favorable, por medio de inyecciones endovenosas de Soluciones de benzoato de soda y del Neumotórax artificial.

4º—Además del tratamiento médico indicado, están recomendadas especialmente las inyecciones endovenosas de Soluciones de alcohol a 959 al 33 % en cantidades de 20 ce.

5º—Al fracasar el tratamiento médico recurrir al tratamiento quirúrgico.

6º—A pesar de los buenos éxitos obtenidos con los tratamientos médico-quirúrgicos, los Sres. Portret y Boudaghian consideran que el mejor tratamiento obtenido en los abcesos del pulmón se debe a las ondas cortas, que para ellos son de un "interés incontestable," superior a la alcoholo terapia, benzoterapia, medicación antiséptica y colapsoterapia, y especialmente recomiendan que todos los enfermos antes de ser sometidos a un tratamiento quirúrgico han de tratarse por medio de las ONDAS CORTAS.

Tegucigalpa, 1^ de octubre de 1937.

Héctor Valenzuela.

APUNTES DE CLÍNICA MÉDICA

Por el DR. HUMBERTO DÍAZ.

Un caso de oftalmoplejia, por neuritis periférica del motor ocular común

El caso clínico al cual se refiere este artículo, fue presentado hace algunos días a la Asociación Médica Hondureña, y nos mueve también a darlo a la publicidad, el hecho de que esta clase de parálisis se observa, por lo menos en nuestro medio, con muy poca frecuencia.

Se trata de M .T., de 12 años de edad, originario y vecino de la aldea de Soroguara (cercana a esta capital), quien ingresa al Servicio de Medicina de Hombres el día 7 de agosto del corriente año, a curarse de CAÍDA DEL PARPADO SUPERIOR DEL OJO DERECHO.

Anamnesia Próxima

No s cuenta el paciente que hace un mes le atacó un dolor de cabeza, localizado en la región temporo-parietal derecha, fijo, sin irradiaciones. Después de ésto sus parientes le notaron que el párpado superior derecho le iba cayendo poco a poco, hasta llegar, en el término de tres días, a ocluir por completo el globo ocular, el cual se desvió hacia afuera, también de un modo progresivo y durante el mismo lapso de tiempo en que se estableció la ptosis palpebral. Durante esta época no experimentó otro trastorno; no hubo náuseas, vómitos, fiebre ni convulsiones.

Anamnesia Lejana

Hace ya mucho tiempo padeció de dolores articulares, inflamándosele ambas rodillas. Acusa varios ataque de malaria y de haber sufrido hace tres años una caída de una bestia.

Antecedentes Hereditarios y Colaterales. — Su padre murió en un lance personal. Su madre vive, es sana, no ha tenido abortos; tiene siete hijos más, uno de ellos padece de alienación mental, los demás sanos.

Todos los datos a que se refiere este interrogatorio, fueron ratificados por la madre del enfermito.

Estado Actual

Estado General. — Muchacho de regular estatura, de panículo adiposo y masas musculares no muy desarrolladas. Llama en él la atención desde el primer momento, la ptosis del párpado superior del lado derecho. Hay una discreta micropoliadenitis inguinal y una adenitis supraepitroclear poco acentuada. No se encuentra otra manifestación de sífilis congénita o adquirida.

Pulso: 74 pulsaciones por minuto.

Temperatura: 36,7 grados centígrados.

Estado Especial. — La exploración del sistema nervioso dio los resultados siguientes:

Inspección: Se nota desde el primer momento, una ptosis completa del párpado superior derecho, sin que exista ningún

proceso inflamatorio o edematoso a nivel de dicho órgano; estableciéndose, por consecuencia, que se trata de un fenómeno paralitico.

Palpación: Nada de importancia.

Motilidad Activa: Por el examen de la mímica, se comprueba que la ptosis palpebral no va asociada a parálisis de los músculos faciales. Tampoco se encuentra alteración de la motilidad a nivel de los miembros superiores e inferiores, de la cabeza, del cuello y del tronco.

Fuerza muscular: Normal.

Reflejos Cutáneos y Tendinosos Normales.

Sensibilidad Superficial y Profunda: Normales.

Órganos de los Sentidos: Ojo Derecho. Al levantar el párpado, comprobamos una fuerte desviación del globo ocular hacia abajo y afuera, es decir un estrabismo divergente; habiendo también supresión de los movimientos oculares hacia arriba, hacia adentro y hacia abajo. El examen pupilar nos revela una acentuada midriasis, lo mismo que la falta de reacción a la luz y a la acomodación. Existe diplopia, por lo demás la visión es normal. Fondo de ojo, normal. La aplicación del colirio de atropina aumenta considerablemente la midriasis.

Oído, Gusto y Olfato: Normales.

Aparato Circulatorio: Normal.

Aparato Digestivo: Normal.

Aparato Respiratorio: Normal.

Aparato Génito Urinario: Normal.

Exámenes Complementarios. Sangre: Reacción de Kahn, Negativa; hematozoario de Laverán, negativo; fórmula leucocitaria y recuento globular, norles. — Orina, normal. — Heces fecales, positivo por huevos de ascárides.: — Líquido cefalorraquídeo: Aspecto macroscópico, normal; examen químico, normal; Reacción de Kahn, negativa; Reacción de Nonne y Appelt, negativas; Reacción de Targowla, negativa.

Diagnóstico y Tratamiento

De la anamnesia próxima del caso en cuestión, se desprenden las 'conclusiones siguientes:

1º—Que se trata de un enfermo en el cual se instala una ptosis palpebral de naturaleza paralítica, en el término de tres días poco más o menos.

2º—Que el examen de la motilidad del globo ocular, nos demuestra que además de la parálisis del elevador del párpado superior, hay también de los músculos: Recto interno, recto superior, recto inferior y oblicuo menor.

. 3º—Que además de estar interesada la musculatura extrínseca del ojo, lo está también la intrínseca, puesto que existe midriasis.

4º—Que se trata de una midriasis paralítica y no espasmódica, puesto que el colirio de atropina la aumenta.

5º—QUE la midriasis en cuestión se acompaña en el presente caso, de falta de reacción de la pupila a la luz y a la acomodación.

6^—Que por el resultado del examen correspondiente, podemos descartar cualquier lesión del fondo del ojo.

7ª—Que todos estos trastornos, no van asociados a ninguna otra manifestación patológica del sistema nervioso central y periférico.

Basados en las conclusiones anteriores, formulamos el diagnóstico de OFTALMOPLEJIA POR PARÁLISIS PERIFÉRICA DEL MOTOR OCULAR COMÚN; puesto que como se notará, en el presente caso pueden eliminarse fácilmente las lesiones nucleares, supranucleares y radiculares.

Ahora bien: ¿Qué clase de lesión es la productora de la mencionada parálisis?

No creemos que se trate de lesiones orbitarias (traumatismo, tumor, etc.), puesto que no encontramos, edema palpebral, exoftalmia, estasis venosa, ni trastornos de la sensibilidad en el territorio cutáneo del nervio oftálmico de Willis. No creemos que se trate de lesiones meníngeas, porque estarían interesados otros pares craneales, como el trigémino, el nervio óptico, el facial, etc., vecinos al trayecto del motor ocular común. Igual argumento podríamos dirimir en contra de la trombosis del seno cavernoso, los aneurismas de la carótida interna y demás lesiones de los vasos de la base del cerebro.

Tenemos que pensar en una lesión que recaiga de un modo exclusivo sobre cualquier parte del trayecto del tercer par, desde su salida de los pedúnculos cerebrales hasta su terminación.

¿Qué lesiones serían las probables? Se nos ocurren dos: Un pequeño tumor propio del nervio (glioma) que no haya llegado todavía a producir el síndromo de hipertensión endocraneana; o bien un proceso de neuritis periférica.

Descartaremos el tumor en vista de lo rápido que fue el establecimiento de la parálisis, y consideraremos un proceso de neuritis periférica como el causante del cuadro clínico en cuestión. En resumen pues, creemos que se trata de una OFTALMOPLEJIA POR NEURITIS PERIFÉRICA DEL TERCER PAR CRANEAL.

Pero nos resta por despejar otra incógnita: ¿Cuál es la naturaleza de la citada neuritis? ¿Deberemos incriminar al probable ataque de reumatismo articular, que encontramos en la historia del sujeto? ¿Incriminaremos al paludismo o a la sífilis?

El ataque de reumatismo y los accesos palúdicos, se remontan a épocas un tanto lejanas al establecimiento de la parálisis ocular. En cuanto a infección sifilítica, lo único que encontramos en nuestro enfermo es, como decíamos al principio, una discreta micropoliadenitis inguinal y epitroclear; las pruebas de laboratorio a este respecto, resultaron negativas. Sin embargo, tomando en cuenta la enorme frecuencia de la sífilis como causante de estas afecciones, y considerando que la lúes congénita puede en muchas ocasiones no dar reacciones serológicas positivas, y evolucionar de una manera silenciosa, instituimos el tratamiento específico (cianuro de mercurio por la vía endovenosa). La mejoría del enfermo se ha manifestado desde las

DISENTERIA BALANTIDIANA

La Disentería Balantidiana es una afección muy rara entre nosotros, que tiende a hacerse crónica, caracterizada algunas veces por tenesmo, evacuaciones muco-sanguinolentas y dolor abdominal; antes o después de éste cuadro muy parecido a la disentería amibiana se pueden presentar diarrea a veces bastante fétida y otras a compañada de melena; el enfermo al cabo de algún tiempo termina por habituarse a la enfermedad, ocasionándole algunas molestias que interrumpen sus trabajos cotidianos, sin que se altere demasiado su estado general.

Desde los trabajos de Strong y Musgrave se ha considerado que ésta disentería es producida por el Balantidium Coli de los climas templados y que predomina igualmente y tal vez con más virulencia en los climas cálidos.

El Balantidiun Coli es un infusorio ciliado de forma oval visible al microscopio con poco aumento y notable sobre todo por su ágil movilidad; mediante sus cilios periféricos imprime movimientos rapidísimos a las partículas que se hallan a su alrededor;-'a medida que los parásitos se encuentran en un medio que no les es favorable van perdiendo su movimiento; mide de 50 a 100 mieras de largo por 50 a 70 de ancho. Está constituido por una masa protoplasmática estriada en su periferia y centralmente granular, que tiene en su parte anterior una depresión en forma de embudo que se denomina pristoma, rodeado de cirros que le sirve para la atracción de las substancias alimenticias y en la parte posterior se nota una parte oscura que se ha considerado como excrementicia; se reproduce por división directa.

El parásito vive en los cerdos y en los monos y probablemente éstos los trasmiten al hombre.

El infusorio adquiere forma resistente igual que la Entameba Histolítica que le permite llegar hasta la porción inferior del intestino grueso, donde habita, sin ser atacado por los jugos gástricos e intestinales que podrían destruirlos. Se puede

---

primeras inyecciones, de un modo rápido y progresivo, a tal grado que, a la fecha de escribir estos apuntes, la ptosis palpebral ha' regresado casi totalmente, la motilidad del globo ocular a restablecerse, ha disminuido el estrabismo, y sólo la midriasis permanece sin modificarse.

Al terminar el tratamiento especifico haremos un nuevo estudio serológico de este enfermo, tanto en la sangre como en el líquido cefalorraquídeo; pues todavía nos queda la duda de que se trate de una NEURITIS BANAL, cuya regresión haya coincidido con la aplicación del tratamiento específico.

Tegucigalpa, 20 de septiembre de 1937.

cultivar en medios artificiales; lo he sembrado en bulbo de lirio con solución salina y han crecido a los cinco días y cambiándoles el líquido se reproducen con actividad.

N. Amador de 10 años de edad, sexo femenino, de Tegucigalpa, se presenta quejándose de dolor abdominal, asientos constantes de diarrea, acompañados algunas veces de moco y sangre, con pujo (tenesmo); no ha tenido fiebre; su estado general relativamente bueno, tiene apetito y dice no haber perdido de peso. Al examen todos los órganos están normales, excepto el intestino grueso, sobre todo en la S iliaca que está fuertemente doloroso a la palpación. Por ser muy común entre nosotros la disentería amibiana, pensé inmediatamente que se trataba de est a afección y cometí el error de instituirle un tratamiento a base de Emetina, sin mandarle hacer previamente el examen de heces; como la enferma no mejorara con treinta centigramos de este alcaloide, inyectado a tres centigramos diarios, 'continuando das deposiciones sanguinolentas, dispuse enviar una muestra, al Laboratorio de la Sanidad, investigando amibas, quistes y tricomonas, no encontrando ninguno de éstos y si el Balantidiun Coli. Empecé a tratarla con esencia de trementina por la vía oral a la dosis de dos gramos en poción; sin tener el menor alivio 'le ordené ponerse enemas a base de Clorhidrato de quinina al 1 por 200 y a los seis lavados las deposiciones habían cambiado y el dolor abdominal desaparecido.

29 Caso. — A. Cruz de 20 años de edad, vecino de Tegucigalpa, padece desde hace seis meses de diarrea, a veces sanguinolenta, dolor abdominal, alternando con períodos de mejoría; nos dice haber disminuido de peso, siente ardor de estómago y acideces,

Al examen: aparato circulatorio, respiratorio y sistema nervioso normales.

A la palpación abdominal se encuentra un dolor localizado sobre el colon descendente. Se le mandan hacer sus exámenes de heces, encontrando Balantidiun Coli. Se le instituye el tratamiento con enemas de clorhidrato de quinina al 1 por 200, como en el caso anterior, mejorando el enfermo a los ocho lavados.

Tegucigalpa, Sptbre. de 1937.

Manuel Cáceres Vijil.

Herida penetrante Toraco-Abdominal

F. L. de 18 años, soltera, de oficios domésticos, nacida y vecina de Tegucigalpa, ingresa a mi Servicio de Cirugía del Hospital General por varios balazos recibidos la mañana de ese mismo día, el 27 de julio de este año.

El médico de guardia encuentra heridas del brazo, del antebrazo derecho con un proyectil bajo la piel del codo, una herida superficial del abdomen y la última con un agujero de entrada al nivel del séptimo espacio intercostal derecho sobre la línea axilar media y el de salida al nivel del undécimo espacio intercostal izquierdo también sobre la línea axilar.

El estado general de la paciente es tan bueno y la ausencia de síntomas torácicos y abdominales tan absoluta que se opta por la abstención operatoria en la creencia de que se trata únicamente de una herida penetrante simple del tórax.

Al día siguiente, 28, a las 8 a. m. la encuentro yo también en magnificas condiciones generales: temperatura, 37; pulso, 80; no hay dolor espontáneo ni vómitos, ni detención de materias y de gases; apenas un ligero dolor provocado y contractura poco marcada sobre la región epigástrica; al tacto vaginal se acusa perfectamente un dolor en el Douglas y se obtiene una sensación de fluido que nos indica claramente la presencia de un derrame sanguíneo. Por el lado toráxico sólo encontramos a la percusión un pequeño derrame cuya altura no pasa de dos traveses de dedo y ausencia de todo otro síntoma como no fuera el dolor al nivel de los agujeros de entrada y salida del proyectil.

Fueron suficientes para nosotros la peueña contractura epigástrica y el dolor provocado, el dolor y sensación de fluido en el Douglas y el derrame pleural para formular el diagnóstico de herida penetrante Toraco-Abdominal con la lesión del hígado, el estómago y colon probables.

No jusgamos indispensables ni el examen de sangre ni la radiografía, para llegar a tal conclusión.

Procedimos inmediatamente a practicar una laparatomía media supraombilical. Encontramos un agujero sobre la convexidad del hígado a 4 traveses de dedo del borde anterior y 2 hacia la derecha de la línea media, una enorme herida por estallido sobre la cara inferior como de 3 pulgadas de largo y muy posterior; una herida del estómago que interesó las tres túnicas con muy pequeño derrame de su contenido; una hemorragia de la cara inferior del hígado intensificada al explorar con el dedo y quitar unos coágulos que cubrían la herida y nada en el epiplón y el colon.

Hicimos sutura de la herida de la cara convexa, 3 puntos de catgut; sutura a dos planos del estómago y por imposibilidad técnica de suturar la herida de la cara inferior del hígado un pequeño Mikulicz. Sutura de la

pared en 3 planos. Colpotomia posterior y drenaje del Douglas.

Aunque las heridas epigástrica y vaginal supuraron mucho la evolución hacia la curación se hizo de la manera más correcta hasta la cicatrización sólida y fuerte.

La temperatura fue constante desde el día de la operación de acuerdo con la supuración instalada.

El 8 de agosto la enferma acusa dolor en el hipogastrio y dificultad para orinar; el examen sólo demuestra el dolor, al tacto vaginal nada, lo atribuimos a supuración del Douglas.

En vista de que la temperatura elevada. persistía y el dolor del hipogastrio a pesar de la enorme disminución de las supuraciones epigástrica y vaginal amén del franco abultamiento sobre el pubis pensamos en un abceso del espacio de Retzius. Una punción previo catateterismo vesical lo comprobó y procedimos a abrir y drenar dicho espacio el 14 de agosto, evacuando más de 200 gramos de pus.

En tanto que curábamos las primitivas heridas ya sin supuración sólo persistía una ligera temperatura de 37.5 a 38 por la tarde y 36.5 a 37 por la mañana.

Pero como esas temperaturitas persistieran sin haber supuración alguna en ninguna de todas las heridas hicimos un examen general que nos mostró un bello derrame pleural derecho, comprobado por la punción y fluoroscopía sin acusar la enferma ningún signo toráxico respiratorio.

Procedimos el 11 de septiembre a practicar una resección parcial de la novena costilla derecha seguida de pleurotomía y drenaje con largos tubos de hule filados con crines a la piel y desembocando en dos botellas que contenían en el fondo una solución débil de oxicianuro de mercurio. Extraje unos 300 gramos de pus y buena cantidad de grumos y de falsas membranas.

El 12 la temperatura vesperal sólo fue de 37.5.

El 13 normal y así hasta el 24 que fue dada de alta perfectamente curada.

COMENTARIO

Nada más corriente entre nosotros que las heridas penetrantes toráxicas, abdominales y toracoabdominales por armas cortantes y de fuego.

El motivo que la publicación del presente caso: diagnóstico inmediato impreciso y pleurotomía excelente.

Se trata de una joven de 18 años que fue violentamente agredida a tiros de revólver por un desalmado. Es conducida inmediatamente al Hospital donde la apariencia no muestra lesiones de gravedad: ausencia detos, de expectoración sanguínea, de disnea, de enfisema, de neumotórax; de vómitos de sangre, de signos de hemorragia interna de contractura, de timpanismo, etc. No fue sino hasta el día siguiente que a pesar de su magnífico estado general, una exploración abdominal minuciosa mostró ligera contractura abdominal superior que junto con la dirección del proyectil nos hizo pensar en herida penetrante del abdomen; ya el pequeño

(3) Encuéntranse anticuerpos específicos constantemente a medida que progresa la enfermedad.

(4) Inyectando por vía intratraqueal el *H. pertussis* en cultivo puro, varios investigadores han pro elucido independientemente en los simios una enfermedad análoga en todo sentido a la coqueluche humana (Sauer y Hambrecht, 1929; Rich, Long y otros, 1932; Inaha e Inamori, 1934; Shibley, 1934).

(5) La importantísima experiencia de los Macdonald en 1933 con sus propios niños, demostró que la instilación intranasal del *H. pertussis* en cultivo puro produce tos ferina típica. En las experiencias tanto en el hombre como en los simios, se ha recobrado el germen de las lesiones en cultivo puro, con lo cual quedan cumplidos, en buena razón, los postulados de Koch.

Examinemos ahora los argumentas en pro del virus. Varios clínicos y algunos patólogos alegan, que la extremada infecciosidad de la coqueluche, la inmunidad sólida que confiere, la forma de neumonía intersticial que la complica, y las lesiones infiltrantes y degenerativas que a menudo provoca en los ganglios nerviosos, son todas manifestaciones de una infección virógena. Según ellos, el bacilo es un invasor secundario, y su papel es comparable al del *H. influenzae* y de los pocos piógenes en la influenza. Además, McCordock y Makkenfuss comunicaron en 1932 el hallazgo de cuerpos de inclusión en las lesiones neumónicas de un tercio de los casos de tos ferina letal autopsiados, y en cuanto a la trasmisión experimental del *H. pertussis en cultivo puro*, alégase que puede producirse experimentalmente una tos espasmódica análoga con el *H. influenzae,* el *bronchisepticus y* otros gérmenes. Estos datos, por otra parte, no constituye prueba terminante, pues puede que la extremada infecciosidad resulte de la inmensa expulsión de gotillas nasofaríngeas, y la inmunidad no es tan sólida como se cree, pues las reinfecciones son bastante corrientes, habiendo demostrado Miller en neumonía complicante no prueba la presencia de un virus, ya que puede producirse ese tipo de lesión en los animales por la inoculación intratraqueal del *H. pertussis* y de otros gérmenes. (Sprunt y otros, 1935). Las lesiones nerviosas se explican por la acción de la potente endotoxina absorbida del aparato respiratorio.

Si es que el bacilo es un invasor secundario, podríamos preguntar ¿por qué es tan prolifico en la fase incipiente, y por lo general nulo hacia el final? Los cuerpos de inclusión, que sólo se hallan en la minoría de las autopsias, apenas probarían una infección secundaria o terminal.

Respecto al argumento de que es ilusoria la transmisión experimental a los simios, siendo imposible demostrar que padecen verídicamente de tos ferina, puede contestarse que siendo la tos espasmódica y la placa positiva la base del diagnóstico en el hombre, se impone el mismo

criterio para los .simios, independiente de si manifiestan o no el estertor. El hecho de que otros gérmenes produzcan tos espasmódica en el simio en nada afecta ese criterio, ya que lo mismo puede hacerse en el hombre, y en las epidemias de influencia obsérvase a menudo una tos tan espasmódica que el médico se halla por mucho tiempo en duda acerca del diagnóstico, y según Brown (1926) alguna que otra infección con el *B. bronchisepticus* provoca la semiología típica de la tos ferina. En ambos casos, sin embargo, son negativos las placas, faltando el *H. pertussis.*

Por fin, varios investigadores han tratado de demostrar la presencia de un virus en el esputo coqueluchoso y en cultivos recientes del *H. pertussis,* pero sus resultados han sido negativos (Culotta, Harvey y Gordon, 1935; Chibley, 1934; Macdonald y Macdonald, 1933,). Al producir la coqueluche en los monos inoculándoles el sexagésimo subcultivo de una cepa recién aislada del bacilo, Shibley ha demostrado, o bien que no se trata de un virus, o que si éste se halla presente, vive en simbiosis con el bacilo, siendo esto último sumamente improbable.

Resumiendo esta discusión de la etiología, puede decirse que hay pruebas terminantes que establecen el papel del *H. pertussis,* y que carecee de fundamento la teoría del virus. Por consiguiente, la definición de la enfermedad en el futuro debería referirse primordialmente al germen causante, o sea más o menos: "infección de las vías respiratorias producida por el *H. pertussis,* que suele provocar tos espasmódica."

Diagnóstico. — Los datos en que puede fundarse el diagnóstico divídense en clínicos, hematológicos y bacteriológicos. Según ya hemos dicho, resulta imposible el diagnóstico clínico en la fase inicial, cuando la infección es máxima y el aislamiento y tratamiento de los enfermos más efectivos. Quizá en la mitad de los casos queda en duda hasta el final, o se basa puramente en indicios.

El examen hematológico comprende la numeración linfocitaria y la fijación del complemento, y aunque ambas son útiles, ni una ni otra facilitan el diagnóstico temprano que tanto necesitamos. 'Existe linfocitosis intensa con bastante regularidad desde la tercera semana hasta el principio de la convalecencia, y tanto en la fase catarral como en la convalecencia suele haber leucopenia. El cómputo del número absoluto de linfocitos reviste importancia, pues una infección secundaria puede disminuir la razón entre éstos y los polimorfonucleares. Hacia la misma época y con bastante regularidad, preséntase en la sangre, en cantidad apreciable, los anticuerpos específicos fijadores en el complemento. Sin embargo, como sucede con todos los anticuerpos específicos, su presencia tan sólo denota que el individuo ha experiméntalo recientemente el estímulo de un antiguo especifico, y no que padezca de infección actualmente. Así, se ha comprobado hace poco que los adultos en contacto

con. la coqueluche dan una reacción de fijación del complemento positiva, sin manifestaciones clínicas.

El tercer método de diagnóstico, o sea el bacteriológico, es tan conocido que no requiere una descripción minuciosa, y nada se ha descubierto tan eficaz como el método de las placas, utilizando el medio de sangre reciente de Bordet. Si en vez de éste pudiera usarse sangre reciente, la técnica resultaría más simple y más popular. Todas las últimas estadísticas demuestran que por lo menos tres cuartos de los casos pueden diagnosticarse desde sus primeros comienzos, si bien el procedimiento requiere por lo menos tres días debido a la lenta proliferación del germen específico.

Aceptado el método de las placas para el diagnóstico, discútese todavía, sin embargo, su utilidad en la fijación del período de *aislamiento* de los enfermos, Kline, por ejemplo, creía en 1933 que el método no se prestaba para ese fin, en tanto que Kendrick y Eldérling opinaban en 1935 que podía dar de alta a los enfermos a los 28 días de la iniciación, con tal que dos placas tomadas en días consecutivos resultasen negativos en la cuarta semana de la enfermedad. Dieron de alta a la mayoría de sus enfermos a la cuarta semana, o sea una semana antes que la pauta clínica, pero me parece que seis semanas ofrecen mayor seguridad. Hay pocas pruebas de que los niños dados de alta con una placa negativa sean incapaces de transmitir la infección, y no cabe duda de que algunos individuos expulsan el bacilo hasta la quinta y sexta semanas, y rara vez hasta la octava o undécima. En un estudio de 25 enfermos dados de alta entre los 20 y 34 días guiándonos por las placas negativas, no observamos casos secundarios "a pesar del contacto con niños susceptibles después del alta. Eso demuestra, por lo menos, que el método es un buen indicio de la falta de infecciosidad, y el ahorro en días de clases, hospitalización, etc., justifica su empleo.

Considerando ahora la fase económica, nos preguntamos si vale la pena un procedimiento tan complejo como costoso, ya que sólo pueden ejecutarlo los laboratorios perfectamente dotados, y aun su eficacia no alcanza el 100 por ciento. Por esos motivos, muchos médicos e higienistas se muestran escépticos acerca de su utilidad. Me parece que la solución consiste en practicarlo únicamente en los establecimientos más importantes y ciertas clases de brotes. Por ejemplo, los padres acomodados estarían dispuestos a sufragar el gasto tanto para el diagnóstico como para dar de alta, y las escuelas particulares acogerían gustosamente todo medio que les permitiese determinar con rapidez y seguridad la naturaleza de un brote catarral. Las autoridades sanitarias se interesarían, desde luego, tan pronto aumentasen la difusión y la demanda.

Con respecto a la *intradermoreacción,* varios autores han ensayado tanto para el diagnóstico como para determinar la recep-

tividad, pero hasta ahora no ha sido posible avaluarla. En su resumen de la literatura y relato de sus propias experiencias, Krarup concluyó que era inútil. Sin embargo, en 1934 Siebler y Okrent emplearon la vacuna de Sauer en 186 sujetos clasificados en receptivos e inmunes, según sus antecedentes, y resultó positiva en 80 por ciento de los que no habían padecido tos ferina, y negativa en 76 por ciento de los que la habían padecido. Con la inmunización, la prueba cambió de positiva a negativa en casi 100 por 'Ciento de los casos. Trátase, pues, simplemente de una inmunírreacción, como es la Schick para la difteria. Por otra parte, Paterson, Baily y Waller describieron en 1935 una intradermorreacción con la vacuna de Sauer, cuya interpretación es precisamente contraria a la de Siebler y Okrent, pues los atacados anteriormente o los vacunados daban positivas, y la mayoría del resto negativas, tratándose de una reacción alérgica, comparable a la de la tuberculina. Ese punto no ofrece, pues, más que confusión, y se necesitan muchos estudios para poderlo deprimir.

Profilaxia. — El aspecto profiláctico de la vacunación paréceme mucho más interesante que el terapéutico, pues es susceptible de comprobación científica. Hasta 1931 la vacunación anticoqueluchosa era una incógnita, y condenada por la opinión general, el Consejo Americano de Farmacia la retiró de sus listas de medicamentos útiles. Fracasó en Londres una experiencia realizada hacia aquella época con una vacuna preparada por Bordet mismo, y poco después Leslie y el autor descubrimos que la vacuna se había preparado con bacilos del tipo áspero o rugoso, cuyo poder antihigiénico quizás fuera nulo. Nuestro trabajo revivió la observación anterior de Bordet, al efecto de que las propiedades higiénicas del *H. pertussis* recién aislado son distintas de las del bacilo adaptado al medio del laboratorio, estableciendo así que sólo cabía esperar la producción de anticuerpos con el primero. En uno de los experimentos, los cobayos que recibieron una vacu-

na preparada de las colonias lisas resistieron la inoculación de bacilos virulentos, en tanto que sucumbieron los que habían sido vacunados con las colonias ásperas. Estos estudios infundieron nuevas esperanzas, y los resultados de la experimentación ulterior, en mi sentir, confirman la eficacia del método. Además de necesitarse colonias usas, Sauer ha demostrado que las dosis masivas son más eficaces que las pequeñas, y que las reacciones no son más graves que les provocadas por otras formas de inoculación.

Muchos ensayos de vacunación se han llevado a cabo en distintas partes, y pueden mencionarse los de Madsen en las Islas Fároe, los de Sauer, frawley y otros muchos, y el dramático experimento de los Macdonald en 1933, quienes de sus cuatro niños trataron a dos con una vacuna, y después de aislados por un período apreciable, instilaron a los cuatro en la nariz y faringe pequeñísimas dosis de un cultivo viable y reciente del *H. pertussis:* los dos vacunados permanecieron indemnes, en tanto que los dos testigos contrajeron típica conqueluche.

En resumen, cabe declarar que la opinión hoy día es mucho más favorable que hace cuatro o cinco años, y las pruebas acumuladas justifican la creencia de que la vacunación profiláctica es efectiva tanto para reducir las probabilidades de infección, cuanto para atenuarla en los atacados, pero es conveniente, por supuesto, obtener más estadísticas corroborativas.

Hablando de la *seroprofilaxia,* parece probable que el suero o sangre de los convalecientes o adultos inmunes ejerza cierto efecto profiláctico, si bien la literatura sobre el asunto no constituye prueba terminante.

Tratamiento. — No me propongo discutir minuciosamente el complejo capítulo de la terapéutica específica, ya que son pocas las enfermedades en que el resultado del tratamiento es susceptible de análisis estadísticos preciso. Además, no pretendemos "curar" los estados infecciosos, que suelen resolverse de por sí, aun cuando nada se- haga, y aunque se atenúen los síntomas, es difícil probarlo. Lo más que podemos esperar, es producir de antemano o acelerar, mediante las inoculaciones, la inmunidad que confiere el ataque. La copiosa literatura acerca de la vacunoterapia nos deja a tientas, y uno que otro éxito, si no es puramente fortuito, acaso pueda atribuirse a factores anespecíficos. En un reciente ensayo de Begg y Conveney, el último tipo de vacuna no resultó más eficaz que los ensayos de 1931 o la vacuna áspera de Bordet. De su estudio inédito, Smith deduce que el suero o la sangre de convalecientes humanos son útiles en la fase catarral primaria, pero no después, y Paterson, Bailey y Wa-11er declaran que aunque útil en la profilaxia, el suero carece de valor terapéutico. Los pocos ensayos con suero de animales inmunizados tampoco han dado resultado.

En conclusión, han disminuido en los últimos años la fre-

cuencia y mortalidad de la coqueluche, pero no tanto como las de la difteria y la escarlatina, y en vista de las nuevas medidas de dominio que nos ha aportado la bacteriología, cabe esperar Que mejore apreciablemente la situación.

—De I Boletín de Sanidad y asistencia Social de Venezuela.—

Los Portadores de Gérmenes Venéreos

Por el Prof. H. Gougerot,
Profesor de Clínica de Enfermedades cutáneas y sifilíticas
Médico del Hospital St. Louis

Se sabe que los portadores de gérmenes son de tres órdenes: a veces se trata de enfermos curados de difteria, por ejemplo, y que conservan en su rinofarinx, inclusive durante meses, bacilos de Loeffler. Otros, son sujetos que están incubando su difteria. Otras veces, en fin, se trata de personas que no han tenido jamás difteria, pero que habiendo permanecido en contacto con enfermos de esa enfermedad, albergan en su nariz o en sus fauces bacilos diftéricos. Este hecho se observa frecuentemente entre el personal médico o los enfermeros de los pabellones de diftéricos, o entre los familiares de los enfermos, sea que se trate de persistencia o de supervivencia de gérmenes infecciosos, o sea que se trate de un verdadero saprofitismo.

Cualquiera que fuese la categoría del portador de gérmenes, el sujeto que alberga microbios vivos en su piel o en sus mucosas, tiene tedas las apariencias de gozar de salud, y por definición no presenta ningún signo de la enfermedad que provoca el microbio del cual es portador.

He ahí el peligro, pues no se desconfía de estos sujetos- sanos y pueden por lo tanto diseminar en su alrededor los gérmenes que portan, contaminando. El peligro de los portadores de gérmenes es conocido en todas las infecciones microbianas evitables y la investigación de sus portadores es una de las partes; más importantes de la profilaxis contra esas enfermedades.

Lo que se admite para las infecciones agudas como la difteria, tifoidea, meningitis cerebroespinal, parálisis infantil, etc.,. debe de serlo para las enfermedades venéreas: blenorragia, chancro blando, enfermedad de[1] Nicolás-Favre, sífilis.

El tema, por ser todavía poco> conocido, no deja de tener importancia. Desde hace mucho tiempo, especialmente desde 1917, he insistido; recientemente, mi discípulo Durel ha vuelto a ocuparse, en su Tesis de París, muy documentada al respecto (1932, edición Science et Therapeutique), y Alain Spillmann, en el mismo año, ha estudiado- sobre todo el aspecto social en una tesis muy notable (Nancy, 1932, imprenta Arts Graphiques).

La gravedad de las enfermedades venéreas, sobre todo de la

sífilis, para el individuo, su cónyuge y su descendencia, es tan grande, que es necesario procurar hacer conocer estos portadores de gérmenes con las consecuencias prácticas que de ello deriva.

/) *BLENORRAGIA*

Se encuentran en la blenorragia las tres variedades de portadores de gérmenes.

1?} Es sabido que no hay germen más tenaz que el gonococo, y que aun meses después de la curación, puede persistir vivo.

Puede quedar simplemente sobre la superficies de las mucosas genitales que ha infectado, pero que han recuperado su aspecto normal, al menos a simple vista. Otras veces, se aloja en los fondos de saco de las innumerables glándulas microscópicas que siembran las mucosasde la uretra y la próstata, la vagina y el cuello uterino, en apariencia sanas. ' -

Otras veces asciende en el hombre hasta las vesículas seminales y aun más allá, hasta los testículos, aparentemente sanos; en la mujer llega hasta la cavidad uterina y las tubarias.

Las pruebas son terminantes:

Primera prueba: Muchos hombres y mujeres curados, y a los cuales la curación ha sido confirmada por el médico especialista, han contaminado a su nuevo cónyuge.

Segunda prueba: Muchos sujetos curados tienen, *sin riesgo* ¡de *nuevo contagio,* una recidiva de la blenorragia.

Tercera prueba: A menudo en los "curados" el cultivo de secreciones mucosas o del esperma revelará el gonococo.

Tales portadores y las mujeres más aun que los hombres, son contagiosos. A veces, de una manera constante; más, a menudo por períodos, por ejemplo durante los días que siguen a la terminación de las reglas.

Por consiguiente, los blenorrágicos no deben decretarse ellos mismos su curación. El médico *es* su único juez; los antiguos curados deben desconfiar, y antes de creerse verdaderamente curados, deben recurrir a todas las pruebas de laboratorio.

29) Más raramente los portadores se encuentran en el *período de incubación de la blenorragia:* el caso habitual es el del cónyuge infiel, contaminado fuera del matrimonio, que tiene una incubación prolongada de su blenorragia y que contagiará a su esposo antes que la enfermedad se le declare. No solamente se tiene la prueba de esos contagios, sino que se puede en algunos casos obtener la demostración por el laboratorio: comprobación del gonococo sobre frotis al examen directo de los cultivos.

Por consiguiente, aquel o aquella que ha corrido el riesgo a que aludimos, puede ser contagioso antes que la blenorragia eclosione. Deben por lo tanto de abstenerse de hacer correr un riesgo al cónyuge inocente, antes de un período por lo menos de 40 días; yo he citado incubaciones prolongadas de 3 meses, lo mismo que otros autores: Prochovnich, Janet, Joseph, etc.

39) por último *se* ha podido demostrar la existencia de portadores de gonococos, que no habían tenido nunca blenorragia y que no la presentaron jamás. Por ejemplo, David ha citado dos hombres que en estas condiciones contaminaron sus mujeres, y dio la prueba de laboratorio, pues en el primero el cultivo de esperma reveló gonococos, y en el segundo la siembra de la orina mostró el mismo germen.

En la mujer este saprofitismo parece más frecuente que en el hombre: tales mujeres contagian y en sus mucosas se encuentra el germen.

Por consiguiente, en todos los exámenes de medicina preventiva, en particular para autorizar el matrimonio, habrá que investigar el gonococo por los medios de laboratorio, sobre todo el cultivo, aunque el candidato afirme de toda buena fe que jamás tuvo blenorragia. Yo he demostrado que las orinas y las leucorreas banales en apariencia de las niñas y de las señoritas más impecables, pueden contener gonococos y contaminar a sus maridos.

Es necesario por lo tanto investigar el microbio en las orinas, y si existen, en las mucosidades de las. pérdidas blancas llamadas anémicas.

11) SÍFILIS

El tema ha sido objeto de numerosos trabajos en Francia y en el extranjero, en razón de su importancia general y práctica; Balzer y Barthelemy, yo mismo en Francia, luego Bory, Durel. Alain Spillmann, Lesser, Doria Fuchs, Groefenberg, Muller, Schindler, Friedlander, etc., en Alemania.

Se encuentran las tres categorías de portadores de gérmenes:

1º) Sifilíticos "limpiados" sin ninguna lesión aparente al examen más severo del especialista más sagaz, han podido contagiar su cónyugue o procrear hijos heredo-sifilíticos, prueba de que el espermatozoide o el óvulo en cerraban el virus sifilítico; yo he citado y otros han publicado ejemplos ciertos.

Lo más a menudo, en dichos sujetos aparentemente indemnes y contagiosos, sin embargo, las Bordet Wassermann son positivas, y se podría asi individualizarlos.

Pero contagios indiscutibles han sido provocados por sifilíticos latentes con Bordet-Wassermann negativa: contaminación de la recién casada; nacimiento de niños infectados, y en algunos casos se ha podido obtener la prueba bacteriológica y experimental: donante de sangre con Bordet-Wassermann negativa que ha sifilizado al receptor. Müller ha podido descubrir el treponema sifilítico en la sangre menstrual. Kerts, de un sifilítico latente con Bordet-Wassermann negativa, que había sifilizado a su mujer, obtuvo, utilizando su esperma una inoculación positiva en el ojo del conejo.

Yo he podido en 1914 y 1917 encontrar treponemas vivos 2 veces sobre la mucosa bucal y 1 en la vaginal. Lesser, Doria Fuchs, Groefenberg, Gellhorn y

Ehrenfeste, etc., han encontrado treponemas en el cuello del útero de sifilíticas latentes.

Se ve. por consiguiente, la imposibilidad y el peligro de asegurar la curación de los sifilíticos sobre las solas pruebas clínicas ni aun sobre el examen de sangre y les humores. Es ésta una de las razones que con tantas' otras nos hacen exigir los tratamientos de consolidación, de 2 a 4 años, y más tarde los de seguridad contra la enfermedad durante largos años.

2º) *Segunda categoría de portadores :* Algunos contaminados tienen a veces una incubación anormalmente larga de su chancro; en lugar de los 20 días clásicos, se h?, visto aparecer chancros a les 60 y 90 días, y yo mismo he publicado 2 CFSOS de 100 a 120 *días.* Se pueden dar muchas explicaciones; una de ellas es admitir que el individuo es "portador de gérmenes sifilíticas que no llegan a vencer la resistencia del sujeto sino a la larga.

Varias observaciones de Milian, Perin. Malherbe, etc., han probado que tales enfermos en incubación de chancro sifilítico, podían contaminar a su "partenaire"

3º) Por último, *tercera categoría de portadores:* Parece que personas no sifilíticas, pueden sin ser infectadas albergar treponemas; el hecho ha sido demostrado en las prostitutas: el germen, depositado en su mucosa genital por un sifilítico, vive en ella varias horas y puede contaminar a una tercera persona.

Levaditi y Weismann. en París, Lepinay y Lanfont en Marruecos, en experiencias muy exactas, han demostrado que el treponema así depositado vivía de 1 a 2 horas, como lo comprobaban los exámenes al ultramicroscopio y la inoculación al conejo: la secreción acida de la mucosa destruye felizmente el virus en 3 horas más o menos.

III) CHANCRO BLANDO

Con el bacilo de Ducrey se vuelven a reproducir los mismos hechos.

19) *Primera categoría de portadores:* Las pruebas son múltiples.

H3 demostrado que enfermos curados de sus chancros blandos conservaban sobre sus mucosas bacilos de Ducrey, puesto que sin nueva oportunidad de contaminación tenían una recidiva de chancro blando, cuarenta días más tarde, por ejemplo:

Jame y Aujaleu han citado contaminaciones seis meses luego de la curación del chancro blando.

Paul Ravaut, Rateau y Hesse han comprobado por autoinoculación la presencia del virus sobre la mucosa sana de enfermos atacados de bubón sin chancro.

29) *Segunda categoría:* He señelado incubaciones prolongadas de chancro blando, de uno a tres meses (en lugar de los 2 *días* habituales), y ahí también, la mejor explicación es suponer cu 3 estos sujetos han sido portadores de gérmenes antes que su resistencia flaqueara. Yo he podido destruirlos en dos casos, en enfermos atacados de balanitis y uretritis, que no tuvieron su chancro blando, sino más tarde.

He invocado dos mecanismos: O la **producción** de una fisura de cualquier naturaleza que sea, en su mucosa, permitiendo penetrar al bacilo; o la sensibilización progresiva del portador por las toxinas del bacilo que alberga.

39) *Tercer grupo:* **En prostitutas** que han inoculado chancros blandos a su concubino, han encontrado sobre todo Bruck, clínicamente una mucosa sana en apariencias, pero existían bacilos de Ducrey en las secreciones da la mucosa.

LINFOGRANULOMATOSIS O ENFERMEDAD DE NICOLAS-FAVRE

En esta enfermedad debida a un virus filtrable, las mismas tres series de hechos se han observado. Su estudio es sobre todo realizado mediante la intradermorreacción de Freí (inyección de virus muerto, en el dermis) : positiva, la reacción denota esta infección.

En particular, está demostrado que esta enfermedad es mucho más frecuente en el hombre **que** en la mujer y que mujeres acusadas de haber inoculado la enfermedad, parecen indemnes al examen clínico, pero presentan una reacción de Frei positiva.

Si se practica sistemáticamente esta reacción de Frei en prostitutas aparentemente sanas .uno se asombra del número de reacciones positivas: 11 % en la estadística de Nicolau y Banciu, de 'Bucarest; 10 % en la de Clemente Simón, de París; 23 % en la de Bejarano y S. Gallego Calatayud, en Madrid.

Esta integridad del portador de gérmenes que los alberga virulentos para los demás, ha intrigado mucho: la explicación más racional, es la inmunidad adquirida o hereditaria del portador. La inmunidad adquirida puede ser consecutiva a una infección anterior conocida, o a pequeñas ' infecciones que han sido mal interpretadas desde el punto de vista diagnóstico, o sino a mínimas infecciones que han ignorado totalmente.

Pero **esta inmunidad no es** siempre eterna; el equilibrio de fuerzas entre el microbio y el portador puede romperse en favor del microbio, con lo que se declara la infección. El hecho es bien conocido en la difteria y es lo mismo para los portadores de gérmenes venéreos. Todo lo que debilita la resistencia del sujeto puede hacer cosar la inmunidad.

Marsalis, por ejemplo, ha visto un flemón gonocóccico del escroto, aparecer después de un acceso palúdico, en un antiguo blenorrágico curado desde hacía 23 años; una artritis gonocóccica sobrevenir después de un trauma, 18 meses después de la gonococcia; otra artritis estallar después de un enfriamiento, a les 6 años de curada la blenorragia, etc.

Wirz ha seguido un antiguo blenorrágico curado desde 10 años atrás; a los 12 días de ser operado de apendicitis sobreviene un gran absceso prostático cuyo pus es rico en gonococos, etcétera.

Es inútil multiplicar los ejemplos; repitamos una vez más que es posible encontrar lo mismo en

REVISTA QUIRÚRGICA

La formación del Canee?- según 1.000 observaciones clínicas

E. Konig y W. Sassen de Wurg en Zeitschrift afirman que el cáncer antes de los 20 años es excepcional 0.5 % casos.

En el 8.6 % se encontraron antecedentes hereditarios.

En el 26 % encontraron origen químico, mecánico, inflamatorio o traumático.

Afirman también la rareza del cáncer antes de los 40 años, 6.8 % de los casos.

Atribuyen el desarrollo del cáncer a un desequilibrio biológico., que en un momento dado podría ser restablecido.

Valor de la sedimentación globular en cirugía

H. Kunz de Viena en Medizinische Clinik proclaman el método de W. Lohr como superior al pulso y la temperatura en cuanto que da enseñanzas más exactas sobre la evolución post-operatoria por lo que aconseja se use con mayor frecuencia.

Es la vuelta a la normal el índice de curación post-operatoria.

En una fractura hay desde las 12 a las 24 horas aceleración que no desaparece sino hasta la consolidación del callo óseo.

En las tuberculosis óseas y articulares el estudio de la sedimentación es un magnífico medio de pronóstico, pero en los tumores malignos no tiene ningún valor diagnóstico.

En cambio en las afecciones abdominales domina su indicación; en la apendicitis aguda comparando la sedimentación a la fórmula leucocitaria se puede hacer el diagnóstico de perforación aun en ausencia de signos clínicos ,en particular en el niño.

Lo mismo sucede en las perforaciones gástricas, en la colecistitis flegmonosa y en la peritonitis apendicular.

Tratamiento de las fracturas con retardo de consolidación por extracto de tejido óseo

H. Ahle de Munich en Munchener Medizinische Wochenschrift se refiere a un medicamento preparado del callo óseo de animales conteniendo sus-

---

las niñitas curadas de vulvovaginitis gonocóccicas: despertar de la gonococcia bajo la misma forma, o en forma de complicaciones: pielonefritis, reumatismo blenorrágico, etcétera.

No es pues solamente para prevenir el contagio, que es necesario buscar los portadores de gérmenes; es además conveniente para su propio interés, pues a menudo son víctimas de los gérmenes que ellos mismos albergan. Se comprende pues la gran importancia de estos portadores de gérmenes y la necesidad de individualizarlos y tratarlos.

—Del Día Médico.—

tancias capaces de favorecer la osteogenesis.

Se hace una inyección cutánea en el foco de fractura o **por** vía endovenosa. Produce una reacción cutánea la primera que no existe sino en caso de fractura.

Un enfermo tratado después de cinco meses de fractura sin consolidar y otro después de 3 meses y medio curaron rápidamente con estas inyecciones.

El autor atribuye su virtud no a una acción química sobre el hueso sino específica que favorece la calcificación local.

Tratamiento quirúrgico de la impotencia. Nuevos resultados obtenidos por una técnica 'nueva

O. S. Lowley y J. L. Bray de New York en Journal of the American Medical Association proponen intervenir sobre los músculos perineales constrictores cuando la impotencia es debida a la insuficiencia funcional de los mismos. Para suturarlos emplean láminas de catgut y no hilos, haciendo una plicatura transversal del bulbo-cavernoso y un acortamiento antero-posterior de los isquio-cavernosos. Una última banda de catgut acerca los dos haces del ligamento suspensor del pene para realizar una constricción parcial de la vena dorsal.

Si se aprieta demasiado sobreviene una compresión de la uretra y si poco un fracaso.

Sobre 51 casos operados los autores han obtenido 33 éxitos.

La selección de casos es de suma importancia: no se operarán los impotentes de causa psíquica o nerviosa ni los viejos cuyos músculos no tienen ningún valor.

Los mejores resultados se observaron en individuos cuya irapotencia se debía a lesiones por traumatismos perineales.

Uso del injerto de buey en ciertas fracturas

F. M. Susoni y M. A. Astor de Arecibo. Puerto Rico publican en Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico 5 casos de

injerto de buey siguiendo los consejos de Hendon que lo usa desde 1920. El método es el siguiente: Se preparan de antemano cuñas hechas de la corteza de hueso de buey de 3 a 5 pulgadas de largo, triangulares con disminución desde media pulgada en una punta a un octavo en j la otra, y de tres octavos a un octavo de espesor, con bordes a escuadra para evitar que ruede en la cavidad medular y se pierda el eje del hueso.

En caso de fractura de un hueso largo se exteriorizan los cabos de fractura por incisión de partes blandas tomando los cabos con forceps especiales y se introduce en un cabo la cuña a golpes de martillo dejando una pulgada de fuera para meterla en el otro cabo. Sutura total de las partes blandas con [crin de Florencia y nada de catgut dentro de la herida. Colocación de una férula en la pierna o brazo fracturado hasta | que el paciente haya salido de la i anestesia; entonces *se* le quita dejándolo tomar la posición que más le acomode. Hendon recomienda el método de preferencia en las fracturas del cuello del fémur, perforando el trocanter para introducir la cuña hasta la cabeza.

La esterilidad de las cuñas se obtiene manteniéndolas por media hora a la ebullición.

Es opinión de los autores que tos fracasos ocurridos se deben: I al raspado de la cavidad medular; al uso de suturas de catgut . cerrando herméticamente los tejidos blandos trayendo posible acumulación de sangre e infección; al uso de aparatos ortopédicos; al uso tardío de ejercicios activos y pasivos; al uso de injertos muy cortos.

Neumatosis intestinal

El Dr. Mario J. Wunderlich, de Guatemala, antiguo, querido y admirado Maestro nos envió con amable dedicatoria un folleto conteniendo el trabajo presentado a la Academia Mexicana de Cirugía en la sesión del 23 de julio de 1937.

f3e trata de un caso de Neumatosis intestinal, enfermedad rara de la que sólo se conocen unos 150 casos, 13 de los cuales en Estados Unidos y éste el primero en Guatemala y también en la América Latina.

Al practicar una laparotomía por obstrucción pilórica encontró el autor a lo largo del intestino delgado y a intervalos variables, tumores en racimo formados por vesículas transparentes. llenas d3 aire en su mayoría y unas pocas de líquido claro; su aspecto muy parecido al de la mola hidatiforme, tamaño entre una cabeza de alfiler y una nuez, aislados, brillantes, no pediculados y lisos. La extirpación de algunos y un estudio completo bacteriológico y anatomo-patológico condujo al diagnóstico de neumatosis intestinal.

Describe la sintomatología, sinonimia, historia, etiología, anatomía patológica, diagnóstico, pronóstico y como tratamiento la simple laparotomía salvo que se presenten signos de oclusión intestinal en cuyo caso se hará resección intestinal o exclusión del asa obstruida.

S. Paredes P.

Conceptos generales sobre profilaxis y servicios Anti-tuberculosos

Por el

DR. JULIO MORERA CARBONELL

Introducción

Siendo la Tuberculosis Pulmonar una enfermedad que causa la muerte de un sinnúmero de personas en el mundo entero, es por eso que las naciones civilizadas tratan por todos los medios a su alcance de combatir ese terrible mal, organizando campañas que tienen por objeto evitar la propagación de la enfermedad (profilaxis) y curar cuando esto es posible a aquellos que han tenido la desgracia de contraería.

El esfuerzo de les países en donde la lucha anti-tuberculosa se ha realizado de una manera científica y bien dirigida se ha visto siempre coronado por el éxito, pues en ellos, la morbilidad y mortalidad por Tuberculosis han descendido de una manera notable, como nos lo demuestran las estadísticas realizadas en esas naciones después de establecida la Campaña.

Para que una campaña anti-tuberculosa sea efectiva, es necesario que cuente antes que nada con el apoyo del Gobierno, pues como la Tuberculosis Pulmonar es una enfermedad social la creación de ciertas leyes (declaración obligatoria de la enfermedad, leyes que tiendan al mejoramiento de vida del campesino y el obrero, etc..) son indispensables.

En segundo lugar, el organismo director de la Campaña ha de contar con suficientes fondos para poder cubrir sus necesidades, siendo las principales fuentes de ingreso: el Estado, las recaudaciones que por iniciativa particular haga la comisión encargada de la Campaña (día del tuberculoso, sellos, verbenas, etcétera...) y los donativos de particulares adinerados cosa muy frecuente en otros países. Por último considero de gran importancia la centralización de todos los servicios anti-tuberculosos; es decir, que ellos han cíe depender de un organismo central encargado de establecer las relaciones qua deben existir entre unos y otros, pues si estos; servicios no trabajan de común acuerdo no se podrá organizar una campaña anti-tuberculosa eficaz. Este organismo central es el que se encargará de dirigir y de trazar los planes para la realización de la lucha contra la Peste Blanca. Actualmente en Cuba con la creación del "Consejo Nacional de Tuberculosis" (organismo Central) tenemos la oportunidad de que en nuestro país la Lucha Anti-Tuberculosa se realice de una manera científica y bien dirigida.

CAPITULO PRIMERO

Profilaxis de la Tuberculosis

Antes de hablar de las nor-

mas que debemos seguir en la profilaxis de la Tuberculosis, creemos necesario hacer un ligero bosquejo sobre el concepto actual de la Tuberculosis Pulmonar, lo cual nos permitirá sacar conclusiones lógicas que nos indiquen el camino a seguir en la Lucha contra la enfermedad.

La Tuberculosis Pulmonar es una enfermedad infecciosa, contagiosa, de evolución crónica y que crea un estado de cierta invalidez en el individuo que la padece, pues lo imposibilita para rendir un trabajo que estando sano hubiera podido realizar sin perjuicio para su salud.

La Tuberculosis Pulmonar es en la mayoría de los casos una Tuberculosis de inhalación debida al contagio inter-humano. La infección se produce con tanta mayor facilidad cuanto que el contagio es más masivo y más repetido. Esta es la razón por la cual el contagio es mas frecuente en el medio familiar y ataque sobre todo a los niños.

Está demostrado en la actualidad que el niño, aun en el caso en que sus padres fueran tuberculoso NO NACE tuberculoso y que el CONTAGIO es prácticamente la causa única de la Tuberculosis infantil. La Tuberculosis hereditaria debida a la infección transplacentaria de la madre al feto es rarísima y salvo algunos casos muy contados de trasmisión al hombre del bacilo tuberculoso bovino por intermedio de la leche de vaca tuberculosa, es *el contagio- interhumano el que prácticamente debe ser considerado como la sola causa real de la Tuberculosis.*

Actualmente se considera como un prejuicio completamente falso el creer que el Bacilo de Koch esté presente por donde quiera; en el aire, en las plantas, etc.. . El solamente se encuentra allí donde están los tuberculosos que expectoran sin tomar precauciones.

La Tuberculosis no se trasmite sino cuando se encuentran reunidas una serie de condiciones favorables para el contagio, siendo él hogar el lugar en donde con más frecuencia las encontramos juntas (intimidad de contacto, repetición del contagio, proximidad de un individuo portador de bacilos). Las .condiciones higiénicas y sociales intervienen aquí en gran parte y las probabilidades de contagio masivo serán tanto más numerosas cuanto que la vivienda sea más estrecha, mal aereada y que en ella las medidas de limpieza sea desconocidas. *La noción del contagio familiar domina toda la historia de la Tuberculosis* (Bezancon).

Contagio masivo del recién nacido por la madre y la nodriza La frecuencia y también la extrema gravedad de la Tuberculosis en el lactante en contacto íntimo e incesante con madres o nodrizas tuberculosas, se explica fácilmente por la repetición de los contagios y la masividad de dosis del virus contaminante. Hay que notar sin embargo que el lactante puede hacer, aunque muy raramente una Tuberculosis a evolución menos severa y que inclusive ella puede quedar en estado latente; pero esta eventualidad sólo sucede cuando la contaminación ha sido muy

discreta. En 124 lactantes atacadas de tuberculosis, León Bernard y Debré encontraron 95 veces a la madre como fuente de contagio y sólo 20 veces al padre como responsable de la infección tuberculosa. El recién nacido y el lactante vírgenes de toda infección tuberculosa son extremadamene sensibles al contagio.

Contagio menos masivo en el niño de más edad

A medida que el niño crece, cuando entra ya en relación con el mundo, las causas de contaminación aumentan, sobre todo si existen casos de Tuberculosis en el seno de su familia. Pero en esta edad los contagios tienen -probabilidades de ser menos repetidos, las contaminaciones menos masivas y hasta cierto punto la Tuberculosis contraída en la segunda infancia tiene una marcha menos inexorable que la Tuberculosis del lactante. En esta edad a las causas ele contagio familiar se le reúnen aquellas de la vida escolar.

Tuberculosis del adulto.—Papel del contagio.—Causas que determinan el despertar de una Tuberculosis latente contraída en la infancia

Casi todos los tisiólogos y en particular Arnaud y Roemer están de acuerdo en admitir que las reinfecciones exógenas no juegan casi ningún papel en la etiología de la Tuberculosis del adulto por lo menos en las grandes ciudades, y que en la mayor parte de los casos se trata del depertar de una Tuberculosis contraída en la infancia. Est despertar puede realizarse cualquier edad pero lo hace principalmente entre los 18 25 años.

Si en ciertos individuos, sobre todo en aquellos en los cuales ha habido en la infancia manifestaciones reveladoras de la infección tuberculosa, la Tuberculosis evolutiva del adulto se produce sin causa provocadora por la sola progresión de las lesiones adquiridas en la infancia; en la mayoría de los casos las manifestaciones clínicas de la Tuberculosis se observan como consecuencias de ciertos factores que resultan ser casi siempre los mismos.

Estos factores o causas que han de determinar el desarrollo de la Tuberculosis que hasta esa fecha se mantenía de una manera latente desde la infancia; son los siguientes: Antes que nada LA FATIGA en todas sus modalidades (en los jovencitos el surmenage escolar y deportivo; en el individuo de más edad, el exceso de trabajo y el desgaste sexual, las preocupaciones, los estados depresivos, y en fin todo aquello que da lugar a la ansiedad y al insomnio pueden ser también causas determinantes del despertar de una Tuberculosis latente contraída en la infancia.

Profilaxis de la Tuberculosis en la edad infantil

Como hemos dicho en párrafos anteriores, es en el seno de la familia en donde encontramos las condiciones óptimas pa-

ra que se produzca el contagio de la Tuberculosis siendo el niño el sujeto más receptivo de los individuos expuestos al contagio. Por lo tanto el primer paso que tenemos que dar en la profilaxis de la Tuberculosis será descubrir la fuente de contagio en el seno mismo de la familia; esta labor de acción social debe estar encomendada al DISPENSARIO, debiendo también prestar cooperación a la obra de profilaxis todos los médicos y en general todos los ciudadanos, pues en una campaña antituberculosa todo el mundo tiene que poner de su parte para que ésta se realice lo más perfecta posible.

Aislamiento del niño del medio tuberculoso

Siempre que descubramos un foco infectante de Tuberculosis hemos de separar a los niños que vivan en ese ambiente y si esto resulta imposible, trataremos de que el enfermo no tenga relaciones de ninguna clase con el niño. Esto lo podemos conseguir hospitalizando a 1 tuberculoso portador de bacilos, pero a veces tropezamos con el inconveniente de que el individuo se niega y entonces como último recurso le ilustraremos sobre las reglas estrictas de higiene que debe observar para evitar el contagio (conferencias y folletos de divulgación científica). Estas medidas serán a veces suficientes en el caso que la persona infectante no sea la j madre, la nodriza o el paire y que el niño sea mayorcito. (Mientras más camas existan para hospitalizar a los Tuberculosos la campaña será más efectiva ya que podremos sustraer del medio familiar un gran número de casos infectantes).

Pero lo ideal como hemos dicho anteriormente, es separar al niño inmediatamente después de su nacimiento de sus padres tuberculosos, siendo necesario prolongar la separación hasta que el individuo cumpla los 13 años y mejor aun hasta los 20 años.

Si la madre no consiente a una separación tan larga se procederá entonces a la vacunación por el B. C. G. la cual requiere también que el niño se separe de la madre pero sólo durante el tiempo necesario para que se desarrolle en él la inmunidad contra la Tuberculosis provocada por el bacilo de Calmette-Guerin.

A Grancher fue al primero que se le ocurrió la idea de separar al niño del ambiente tuberculoso y en el año 1903 fundó su -'OBRA" ,1a cual estaba destinada a aislar a los niños todavía sanos de tres a diez años de las fuentes de contagió y colocarlos en el seno de familias cié campesinos en perfecto estado de salud y que previamente habían sido examinadas por médicos destinados al efecto.

Estos niños vivirán hasta los trece o mejor aun hasta los 20 años en un hogar completamente sano y por consiguiente estarán al abrigo de los contagios masivos y repetidos tan peligrosos en esa temprana edad. Los lactantes tendrán su nodriza perfectamente controlada por la institución, los mayorcitos irán al colegio del pueblo y en fin

harán una vida higiénica en el seno de una familia sana.

La "Obra Grancher" aunque magnífica, tenía una laguna, al considerar que los niños debían aislarse solamente a partir de los tres años. Grancher consideraba que antes de los tres años el infante no podía vivir sin su madre y que la tuberculosis a esa edad no existía. Comby demostró lo contrario presentando casos *de* Tuberculosis en recién nacidos e hizo ver que no era tan peligroso como se creía al recién nacido de su madre ,siempre que se guardaran ciertas reglas.

En 1921 el Profesor León Bernard crea un organismo para la protección completa del niño y de sus padres tuberculosos, ocupándose no solamente del aislamiento del infante, sino que mantiene un servicio destinado al reconocimiento de los padres enfermos de tuberculosis y sobre todo de las tuberculosas embarazadas, en las cuales trata de controlar su enfermedad en una época tan peligrosa como es el embarazo y el parto. Este organismo tendrá como principal misión el preparar a esas mujeres desde el punto de vista moral para que ellas más tarde consientan en *la* separación de sus hijos inmediatamente después del parto. Al efecto poco antes de dar a luz las futuras madres son internadas en maternidades en las que existe una conexión estrecha gracias a un servicio social especial, con establecimientos o familias de campesinos destinados a criar esos niños.

La bondad de este procedimiento ha sido demostrada por la experiencia adquirida en Francia durante estos últimos años. Los niños separados de sus padres o familiares tuberculosos antes 'de todo contagio, no se vuelven tuberculosos.

En vista de los éxitos alcanzados por esta institución en Francia han sido creadas otras similares en el extranjero (Bélgica, Polonia, Inglaterra, etc...)

Vacunación Calmette

Cuando la separación del reción nacido del ambiente tuberculoso no pueda realizarse, entonces recurriremos a la vacunación anti-tuberculosa propuesta y practicada desde hace tiempo por Calmette.

Este sabio francés ha demostrado que para provocar la inmunidad contra la Tuberculosis en un organismo virgen a la infección, es necesario introducir en él bacilos tuberculosos vivos. Ahora bien -el problema consiste en preparar un bacilo vivo que no siendo tuberculígeno hubiera conservado sus propiedades alergizantes e inmunizantes. Esto lo consiguieron Calmette y Guerin cultivando el bacilo tuberculoso bovino en medios biliados, y al cabo de un sinnúmero de pases por estos medios biliados, obtuvieron un bacilo avirulento pero sin embargo conservaba su capacidad inmunizadora. Para convencernos de que el individuo a quien vamos a vacunar está virgen de toda infección tuberculosa le practicaremos antes de la vacunación una prueba de tuberculi-

na. Además *el* niño durante la vacunación debe separarse todo - el tiempo que sea necesario para que se desarrolle en su organismo la inmunidad contra la tuberculosis ,antes de ponerlo en contacto con el medio infectante.

A pesar de que en Francia los discípulos de Calmette han tratado por todos los medios de demostrar la inocuidad y eficacia de la vacunación Calmette-Guerin .algunos países han acogido con indiferencia y aún con hostilidad la práctica de la vacunación por el B. C. *G.,* pues consideran que no es tan innocua como afirman sus defensores. Inglaterra, Italia y sobre todo Alemania, quizás esta última influenciada por la catástrofe de Lubeck son contrarias a la vacunación. En cambio España, Rumania, Los Países Bajos, Escandinavia, Brasil, U. R. S. S., Uruguay, Yugoeslavia, Canadá y Estados Unidos, después de una investigación prudente han realizado la tentativa y todos se complacen en reconocer haber obtenido resultados alentadores. Quizás en el futuro la vacunación por el B. C. *G.* sea el método de elección para la profilaxis de la Tuberculosis infantil, pero en la actualidad siempre que sea posible el aislamiento del niño del medio tuberculoso (Obra Grancher), debe preferirse a la vacunación.

Examen periódico y sistemático de las grandes colectividades infantiles

El comienzo de la Tuberculosis es a veces insidioso y los síntomas que presenta el individuo son poco alarmantes siendo por lo tanto necesario la práctica sistemática y periódica de la prueba de la tuberculina y de la radiografía pulmonar en todas las colectividades infantiles, pues sí adoptamos ese sistema podremos hacer en múltiples ocasiones un diagnóstico precoz a aquellos casos incipientes y de pobre sintomatología clínica.

Los niños que hayan sido examinados y presenten pequeñas lesiones inactivas así como aquellos que estén en condiciones físicas inferiores que los hacen candidatos casi seguros a la Tuberculosis, deben ser enviados a los "Preventoriums" establecimientos situados a la orilla del mar o en grandes alturas en donde harán esos niños una vida higiénica al aire libre y bajo control médico, tratando así de mejorar el terreno para evitar en ellos una Tuberculosis evolutiva.

Los adultos encargados del cuidado y de la enseñanza de los niños en las diferentes colectividades, también deberán ser examinados de una manera sistemática y periódica, pues estos pueden ser fuentes de contagio si están enfermos (profesores, de colegio, personal de las creches, viejos tosedores, etc...) Un servicio social perfectamente equipado se encargará de esta importante función.

Colonias infantiles

Estas instituciones tienen por objeto dar esparcimiento al niño sano poniéndolo en contacto con la naturaleza para que de esta manera se críen fuertes y

no sean presa fácil de la Tuberculosis.

Ya el niño cuando sea mayorcito se le debe dar la oportunidad para que juegue al aire libre, con la menor cantidad de ropa posible y de esta manera podrá beneficiarse de los rayos solares que como nosotros sabemos bien tienen la propiedad de fijar el calcio en el organismo y provocar un aumento de la vitamina D tan importante en la nutrición del niño. Los niños son como plantas que necesitan sol para su mejor desarrollo y crecimiento.

Tampoco debemos descuidar la alimentación de los niños no solamente en la cantidad sino también en la calidad. Hay que tener presente que el niño es un individuo que está en formación y que por lo tanto necesita además de la ración de entretenimiento otra de crecimiento. Le daremos alimentos frescos ricos en vitaminas y sales minerales, además de las proteínas, hidratos de carbono y grasas necesarios para su edad.

En toda campaña Anti-Tuberculosa debemos tener siempre presente que es hacia la INFANCIA donde debemos dirigir nuestras principales actividades para la profilaxis de la Peste Blanca, ya-que es en los primeros años de la vida cuando se adquiere la enfermedad, y los gobiernos no deberían escatimar nada que sea en beneficio de esta campaña Anti-Tuberculosa pues por muchos que sean los gastos que ésta ocasione, nunca se podrán comparar a los beneficios.

Profilaxis de la Tuberculosis en el adulto

Como ya hemos explicado en párrafos anteriores, el papel que juega el contagio en el desarrollo de la Tuberculosis en el ADULTO es casi nulo. La Tuberculosis en esta época de la vida no es más que el despertar de una Tuberculosis adquirida en la infancia y que se ha mantenido en estado latente que por condiciones de menor resistencia del organismo (fatiga, Surmenage físico y mental, parto, etc.) se convierte en una Tuberculosis evolutiva.

Por consiguiente la campaña que debemos desarrollar en contra de la Tuberculosis del adulto ,ha de ser dirigida principalmente hacia el mejoramiento de las condiciones de vida del individuo (campesino, obrero, etc.) sin descuidar desde luego las reglas de higiene necesaria para evitar el contagio en esta edad que aunque muy raro existe. (Arnaud ha podido recopilar las observaciones de 53.000 matrimonios en donde uno de los cónyuge sera tuberculoso, y llegar a la conclusión de que sólo el 10 por ciento de ellos se contagiaban) .

La lucha Anti-Tuberculosa se ocupará del problema de la vivienda, tratando que ésta sea espaciosa, bien ventilada y que no vivan las personas hacinadas en un mismo cuarto, pues para el normal funcionamiento de los pulmones asi como para que la nutrición se efectúe en buenas condiciones es necesario una cantidad suficiente de oxígeno. La comisión encargada de la

campaña Anti-Tuberculosa con la ayuda del Gobierno construirá barrios para pobres, pudiendo estos encontrar en esos barrios casas que reúnan todas las condiciones higiénicas necesarias, por un módico alquiler al alcance d3 sus bolsillos.

La alimentación insuficiente es a veces causa del despertar de la Tuberculosis en el adulto y como la causa de la mala alimentación es casi siempre la miseria, el gobierno debe ocuparse de disminuir el número de los desocupados, haciendo con esto obra de profilaxis anti-tuberculosa.

En general es necesario propender al mejoramiento de las condiciones de vida en las clases necesitadas. Otra labor que dará magníficos resultados será la educación del pueblo, poniéndolo al corriente de las reglas de higiene que debe seguir para evitar contraer la Tuberculosis y esto puede conseguirse por medio de conferencias de divulgación científica, folletos, carteles y grabados que muestren de una manera clara las medidas preventivas y de orden social.

—De Suplemento de Revista de Tuberculosis de la Habano..—

Ensayo de rectificación a la dietética humana

Por el Dr. Alfonso G. Alarcón

{Concluye)

Un afán inevitable de introspección le hace observarse constantemente; y el ejercicio de su propia lógica en la obra de interpretación de signos lo conduce según la serie de factores que pueden intervenir en semejante mecanismo, a errores de una trascendencia individual y colectiva, de un alcance tan grande que, como yo lo previa en mi primera nota a esta docta Academia, muy pronto habría de leventarse voces de corrección, ideas de rectificación y de orientación, en cuyo plan y dentro de las modetísimas dotes del último de los miembros de esta corporación, sentía yo con vehemencia que podía poner alguna contribución digna de ser atendida.

El hombre no sabe comer. — Sabe ya el hombre que debe alimentarse y sabe por qué debe alimentarse; pero no está del todo enterado de cómo debe alimentarse. El arte de la alimentación humana es difícil y escabioso, porque a pesar de los progresos de la química y de la biología, aún *no* se logra el acuerdo necesario para que la humanidad se alimente debidamente. La dietética del hombre es lo más difícil y complicado que pueda imaginarse y de allí la diversidad de opiniones, escuelas, tendencias, sectas y religiones que ocupan el espíritu humano creyendo cada quien que las

profesa, que posee la verdad alimenticia.

Oír hablar a un vegetariano de los horrores de la ingestión de carnes, es tan apasionante como leer las páginas de los partidarios del régimen cárneo cuando hablan de los peligros de los regímenes desequilibrados y carenciados.

Cuando se recorre la historia de la dietética y de la filosofía digestiva y se consulta el arte complicado que el hombre inteligente ha creado para alimentarse conforme al principio de reponer el consumo orgánico, impulsar su desarrollo, mantener en equilibrio su cuerpo, evitarse los quimismos nocivos, las acumulaciones e impregnaciones tóxicas y alimentarse en medio de los procesos patológicos, sorprende encontrarse con criterios tan disímbolos y contradicciones tan grandes, que es difícil crearse un criterio personal de aplicación inmediata.

El empirismo domina aún el arte de la dietética, a pesar de los grandes procesos científicos. Y eso, porque no es posible deducir de los datos técnicos y unilaterales del laboratorio o de los datos de la observación fisiopatológica, más que datos mecanicistas que *a priori* parecen racionales, pero que en la práctica se estrellan con la realidad obscura e inesperada. No es posible contar con todos los factores que intervienen en los procesos biológicos y muy frecuentemente lo que es una evidente verdad *in vitrio*, está en abierta contradicción con el proceso *in vivo*.

Lo secreto de los procesos fisiológicos de la nutrición, lo callado de las vísceras respectivas, aun ante impropiedades flagrantes del régimen, y los victoriosos esfuerzos de compensación del organismo durante largos períodos, a veces tan grandes como la vida humana, impiden la pureza de la observación fisiológica.

El hombre cree estar sano y digerir correctamente cuando ya es víctima de afecciones reptantes e insidiosas y desgraciadamente el grito de la víscera enferma es tardío para que la afección pudiera ser tratada en sus comienzos o para que se le llegara a prevenir con oportunidad ideal.

Sigue el hombre guiándose por las apariencias, sus gustos y sus simpatías, *no* obstante que ha comprobado que no todo lo que tiene atractiva apariencia le conviene, ni todo lo que le agrada le aprovecha, no todo lo que le simpatiza le es benéfico. El ejemplo de los vicios no le convence de que el sentido del gusto y la noción de euforia no conducen siempre a los fines que persigue la alimentación racional y cae con facilidad en vicios alimenticios, mal ilustrados y engañado por la mala introspección.

La dietética necesita afinamiento para salir de esta condición, antes de que pase de la categoría de un arte empírico a la de la verdadera ciencia de la alimentación. El hombre necesita acumular más datos y analizarlos con mayor acuciosidad, independientemente de su autoobservación, pero sin dejar de contar con ella para robustecer y enriquecer las conquistas de la fisiología.

Conviene, asimismo, que la ciencia no detenga la mirada solamente en la patología del organismo maduro, porque corre el peligro de encontrarse constantemente ante enigmas de infinita variedad, tanta como la que puede deberse a la variedad infinita de los estados individuales de adaptación, que hacen de cada caso un problema distinto, inútil para la generalización.

La patogenia humana es complicada y difícil, porque se ocupa en los procesos avanzados, precisamente en los ya **organizados** como entidades definidas, er las que ya las nociones de fisiología pura no tienen aplicación, cuando ya la cirugía tiene que intervenir con su acción mutilante o reparadora, para torcer caminos, abolir funciones o i establecer nuevas actividades, siempre inferiores a las normales.

Por eso creemos que es en el campo de la fisio-patología infantil, de la vida, fetal y la embrionaria, en donde pueden obtenerse las nociones útiles para la generalización respecto del hombre.

Es cierto que entre la fisiología infantil y la del adulto hay diferencias considerables y que los datos de la primera no son tan exactamente adaptables a la segunda; pero también es verdad que la relación entre una otra es en el sentido de que una y no es más que la continuación de la otra con los mismos caracteres fundamentales, con las mismas leyes y el mismo fondo biológico. El niño no es un hombre en pequeño, no es una reducción proporcional del hombre, sino un hombre en potencia, un hombre completo en evolución. En el niño está todo

lo que formará parte del hombre; sólo que en el pequeño ser todo se halla en embrión o en proceso de desarrollo.

Por eso es posible observar con acierto la fisiología elemental, en donde se encuentra despertando, naciendo a la vista y, por lo tanto, tiene caracteres particulares que la hacen ostensible y por *eso* también es posible dar con las desviaciones de esa fisiología y sorprender en su nacimiento los caracteres de lo que será en lo porvenir un proceso patológico definitivo, o más propiamente, una nueva fisiología, cuya marcha puede pararse en temprana edad, cuando es posible influir sobre ella y sobre el porvenir del hombre.

La observación de la fisiología infantil es rica en adquisiciones y sugestiones y, si se le sabe aprovechar en la generalización, es durante su ejercicio cuando el arte médico puede crear las mejores fundamentos de estudio que se refieren al adulto.

Y como la tendencia de la medicina es hacia la labor preventiva, porque en ella encuentra mayor fuerza que oponer a los males del hombre y es acción efectiva sobre la orientación del organismo hacia el ideal biológico, es en este campo en donde la influencia del cerebro humano puede hallar el secreto de su acción sobre sí mismo, ya no para crearse un tipo artificioso conforme a sus concepciones filosóficas o literarias, sino para no incurrir en el error de tomar por normal lo que es una perversión de las que más tarde o más temprano *lo* conducirán al dolor y a la muerte.

En el capitulo que interesa para este estudio, que es el de la fisiología de la digestión, hay las mejores oportunidades y las facilidades más grandes para la observación. El proceso digestí-

YO se presta mucho más que otros para la experimentación y la observación directa. Los recursos actuales de observación indirecta, ¡el laboratorio, la radiología, la esofagoscopía , la gastrología, la cirugía exploradora, etc., ayudan de manera muy avanzada en la obra.

Todas estas consideraciones generales, inspiradas y fundadas en la consulta de los conocimientos actuales, me han conducido a la redacción de los siguientes principios, respecto de cuya exposición lapidaria debo anticiparme a solicitar vuestro perdón. No trato de adoptar en su forma rotunda arrogancias que no son propias de mi carácter; sino de presentar con probidad y precisión los preceptos que forman la doctrina que con el mayor respeto presento a vuestra ilustrada y benébola consideración.

Primer principio.—La alimentación del hombre que ha pasado la época de la lactancia, es decir, de la edad comprendida entre el nacimiento y el 15? mes, se realiza normalmente siempre que el alimento sea sólido; con dificultad y daño, si el alimento es liquido.

La verdad de este principio se demuestra en clínica por la existencia de síndromes definidos de dispepsia, que se corrigen con la adopción del régimen seco.

La enorme variedad de los casos clínicos, pero todos ellos funcionando dentro de leyes bien determinadas, proporciona a cualquier observador el material suficiente para la identificación de las entidades creadas por la dispepsia y le da oportunidad, a la hora que guste, de corregir el trastorno.

En pediatría este principio tiene su relieve ostensible y evidente para el buen observador. El serio problema dietético de la ablactado!} preocupa al pediatra. Mientras el niño se encuentra en la lactancia al seno, la fisiología digestiva y la salud del lactante son generalmente irreprochables y brillantes.

En la lactancia anespecífica, surgen dificultades y tropiezos que conspiran contra su salud. Pero llegado el niño a los 15 meses de edad, ni le basta la lactancia, ni le satisface el alimento líquido y sufre por la impropiedad de insistirse en la alimentación líquida. Se ve en los niños de esta edad la atracción a veces dolorosa por ¡os alimentos masticables.

Hay un momento en esta edad, preciso, único, en que la elocuencia del apetito del niño grita la necesidad del paso de la lactancia a la alimentación seca y variada.

Si ese momento no se utiliza oportunamente y se insiste en el error de alimentar al niño con líquidos, la fisiología infantil cambia de expresiones, tuerce el gusto y vicia el aparato digestivo en el sentido de darle nociones falsas de sus necesidades.

El niño en estas condiciones, pierde el apetito verdadero. El alimento líquido le apaga el deseo normal y le intensifica signos que simulan el apetito, pero

que están muy lejos de serlo: surgen la sed, la voracidad y el *dolo?- de hambre.*

El niño no parece anoréctico, sino más bien ansioso de devorar su alimento; es que propiamente es un sediento.

A medida que se le extingue el apetito, crece la sed, de manera que a los ojos del mal observador, hay preferencia por el alimento que se le da y que devora con avidez.

Nada más natural que la madre y el medio familiar en general, caigan por la pendiente propicia de prolongar así la lactancia, incurriendo automática y progresivamente en el grave error de alimentar al niño dentro de sus gustos y preferencias. En estas condiciones el niño es un verdadero dipsómano. Cuanta mayor es su dispepsia, más grande es su sed y su preferencia y deleite en *beber* su alimento.

Pero- este mal régimen tiene repercusiones patológicas. Quisiera yo disponer de tiempo suficiente para presentaros el cuadro clínico de este estado dispéptico, a cuyo estudio he dedicado toda mi atención; tengo que conformarme con mencionar el hecho, para no abusar de vuestra benevolencia; diré solamente 'que en dicho cuadro se destacan como síntomas principales la anorexia, ya mencionada, la sed, a veces discreta, porque se oculta detrás de la voracidad; el sueño inconsistente o inquieto, a veces interrumpido por terrores nocturnos; el mal aliento, la lengua sucia, la nerviosidad, ciertas mialgias características, cuya topografía tiene un alto valor; el estreñimiento alternado con la diarrea *o*- acompañándola de modo paradójico, el gran meteorismo; las. manifestaciones alérgicas de la piel, como la urticaria, el estrófulo, las eritrosis facial o glútea y ciertas crisis periódicas monosintomáticas o complejas - en las que interviene la cefalea o la jaqueca o sobresalen la hipertermia; el cólico, las convulsiones, las crisis de estornudos, la tos quintosa, los accesos asmati-formes y los vómitos con acetonemia o sin ella, pero cíclicos y tenaces.

Esto es, someramente expuesto, lo que dice la clínica, y no la. clínica excepcional o de curiosidad, sino la clínica diaria del pediatra. El cuadro se impone por sí mismo. El niño dispéptico de. este tipo es característico hasta en su actitud para sentarse, es cansado, un abatido, o un exaltado y maniático. No me he explicado nunca por qué ante la elocuencia de esta sintomatología, no se haya impuesto en nosología como realidad palpable un proceso tan importante y tan especial, ni acierto a comprender por qué la preocupación patogénica haya sido indiferente a un momento crítico, no de la infancia solamente, sino de la humanidad entera, que en este instante adquiere el principal motivo de su decadencia y la causa frecuente de su patología digestiva, nutritiva y de todos los órdenes, de tal manera que es en esa hora difícil y mal comprendida en la que se finca su porvenir y se personaliza su ac-

tual modo de ser, a la vez que se fija el plazo de su subsistencia.

La verdad de este principio se demuestra objetivamente con el recurso de la radiografía.

Se trata de una comida líquida hecha por un lactante. La radiografía fue tomada en pie. La imagen gastroesofagiana es perfecta y demuestra cómo, para el ingreso de la cantidad del líquido que se ve en el fondo del estómago, el lactante ha ingerido una cantidad mayor de aire. Se ve todavía en el esófago el aire acarreado por los movimientos peristálticos, que mantienen contraída la región del cardias.

Medidas las superficies que se observan, se calcula que la del líquido es de 38.33 %. Pudiera objetarse que semejante valuación no es la del volumen de los cuerpos que ocupan la cavidad gástrica. Ciertamente; pero no podrá negarse que si estas dimensiones no se refieren al volumen, deben corresponder proporcionalmente a la realidad apreciable por esta medio que considero demostrativo.

La ingestión de alimento es más laboriosa para los líquidos que para los sólidos. Mi afirmación se refiere a la edad adulta; véase cómo la regla es aplicable a toda edad, aun a esta de la lactancia, en que el régimen es obligadamente líquido. La aerofagia es fisiológica en el lactante; lo es también en el adulto. El síndrome descrito en la patología del adulto con este nombre, no se refiere solamente a la ingestión exagerada de aire, sino al fenómeno cinético de la retención por bloqueo esfinteriano.

Alimentado por medio de sonda por la vía nasal, el alimento materno pudo ser retenido. Poco después, se acudió a la alilentación. mixta con el auxilio de la leche condensada, administrada en cucharaditas, sin diluir. Los dos recursos, que tendían a sortear el ingreso de aire al estómago, tuvieron el buen éxito.

Para mí no hay duda de que el alimento espeso es propicio para el ejercicio de la mecánica de la ingestión y si lo es para el lactante, debe de serlo mucho más para el adulto, como es fácil demostrarlo radiológicamente, supuesto que su estructura digestiva denuncia una mayor aptitud para la división de les alimentos sólidos.

Segundo principio.—Fuera de la participación indispensable del agua en la constitución físicoquímica de los alimentos, los únicos líquidos que deben entrar en el tubo digestivo del manifiesto son: la leche -materna en el lactante y el agua potable corriente masiva, en los mamíferos no lacantes o adultos.

Este principio tiene a primera vista un defecto: es finalista; dicta, además, una ley tan severa que desde luego parece arbitraria. Por eso exige explicación.

Su redacción está extraída de la observación de dos hechos naturales: 19—-En la naturaleza

no hay más que un líquido libre, que pueda utilizarse como alimento: el agua; 29—Los animales en general se alimentan con dolidos y beben agua con sobriedad, como único líquido.

Los mamíferos lactantes se nutren temporalmente de la leche materna; pero fuera de la lactancia, ni éstos utilizan la leche de su especie para su alimentación. Sólo el hombre, por medio de artificios que le dicta la inteligencia, ordeña las hembras lecheras, exprime los frutos y los tallos, licúa los sólidos, extrae *el* agua de donde la hay más o menos combinada con otras substancias que le dan sabor ,olor, consistencia, etc., y llega, por maniobras complicadas, a la fabricación de líquidos agradables cargados de estimulantes, como el alcohol, el café y el cacao, y de gases por compresión o fermentación.

Todo esto es alimentación para el hombre y entra en su régimen cada vez más complicado, más sabroso y más variado. El arte culinario se encarga, además, de aderezar y condimentar el alimento de modo que el hombre no trata ya solamente de satisfacer con sencillez el apetito, sino que da gusto a las nociones nuevas más refinadas y extrañas que lo apartan insensiblemente de la fisiología normal.

Estas ideas, que tienen todo el aspecto de la adhesión a dogmas naturistas, están muy lejos del tono de la pasión sectaria. Estoy refiriéndome sencillamente a lo que me parece que debe considerarse desde el punto de vista de }& fisiología aplicada. Esta ciencia no pide al hombre complicaciones, ni gustos nuevos para su alimentación. Es el hombre mismo quien crea estímulos que le son necesarios para la exaltación de sus apetitos normales; es él que, enfermo ya de anorexia en diversos grados, o de bulimia y sed en sus desequilibrios nutritivos o de apetito urgente, apremiante, que constituye el dolor gástrico de las gastritis y la aplasia del píloro, toma caminos de perversión sensorial y se dedica a satisfacer necesidades nuevas y falaces que no ,son más que vicios y en el fondo señales de sufrimiento inatendidas e inexplicadas.

La anorexia espontánea no existe. La presencia periódica del deseo de comer, está presente siempre en la salud, con la precisión de los demás ritmos de la economía. Si falta, si al menos se atenúa, es que la función digestiva está en defecto y debe buscarse la causa o causas, que son múltiples, dependientes o no de la función digestiva; pero si es en ésta donde radica la razón de la ausencia de un apetito tan importante, entre todo lo que hay que investigar, partiendo de lo simple a lo compuesto, es indispensable comenzar por donde empieza la propia función: por el acto animal primero en el tiempo de la ingestión del alimento. Aquí suele estar la razón del trastorno, sencillamente aquí, antes que en otras intimidades y otros procesos complicados e inaccesibles. Por regla general, es el hombre mismo quien apaga su propio apetito, porque no lo respeta, por-

que lo toma por sed, porque lo confunde con el dolor, porque se toma sus solaralgias por signo de desfallecimiento y de necesidad alimenticia, etc. Largo sería extenderse en consideraciones curiosas e interesantes de lo que los gastroenterólogos nos dan constantemente razón en la rica gama de la clínica que frecuentan, observan e interpretan.

Lo que es una verdad fisiológica, es que el organismo necesita agua y que el alimento debe ser acompañado de ella en proporción que lo conduzca, previa división, a la condición de papilla, que es la forma óptima para su conducción por el tubo muscular digestivo hasta el estómago.

Fácil es, en este camino y sin cortar con el apetito, que detiene el alimento en la boca, caer en el hábito de ir aumentando progresivamente la dilución, conforme a la substitución del apetito desfalleciente por la sed, que aumenta con la dipsomanía como signo de dispepsia.

Así es como se crea la nueva condición y asi es como se fomenta el vicio de licuar de cualquier manera de alimento.

El niño de más de 15 meses de edad, a quien se obliga a comer carne por prescripción teórica, sin tener en cuenta su gusto y su aptitud para la ingestión de sólidos, incurre en el fraude de masticar al máximo el bolo sólido, deglutir su jugo y desechar el bagazo exprimido. He aquí cómo, sin pensarlo, sin poner intención en ello, el niño dipsómano concilia el deber a que se le obliga, de masticar un sólido y sólo utilizar la parte líquida. Este fraude forma parte del cuadro clínico de la dispepsia por los alimentos líquidos y es un signo característico. El niño trata la carne como el adulto la caña de azúcar.

La morfogénesis del estómago nos ilustra a este respecto, de un modo importante. El intestino primitivo es un tubo rectilíneo; la función digestiva lo alarga y transforma progresivamente y crea la dilatación ampular que llega a constituir el estómago.

La forma de este órgano no es arbitraria, sino que obedece a actividades físicas concretas.

La corriente de los líquidos sigue el camino recto; el agua pasa por lo que los gastroenterólogos llaman "la calle del estómago," que es propiamente el tuvo primitivo que conduce el líquido directamente al píloro y al duodeno. Los otros dos cuerpos que forman parte de la alimentación, los sólidos y el aire, como no pueden, por ,sus caracteres físicos, seguir la vía directa, se apartan del camino y buscan cada uno su lugar conforme a su densidad: los sólidos y los líquidos en exceso, el fondo del estómago y crean la gran curvatura; los gases se elevan y dilatan la pared creando la gran tuberosidad.

Un sencillo diagrama concreta esta concepción morfogenética. En él se ve que el camino de los líquidos corresponde a la cavidad virtual que fuera el intestino primitivo. Las regiones

distendibles del órgano ceden .hacia abajo, a lo que más pesa de su contenido; hacia arriba los cuerpos gaseosos que siguen su respectiva densidad y originan la cúpula de la gran tuberosidad. la región fija del estómago corresponde a la pequeña curvatura.

He mencionado varias veces lo que en estos estudios denomino *régimen seco.* El concepto necesita ser explicado, porque en realidad no *se* trata de un régimen privado de agua, sino combinación de alimentos sólidos, masticables o espesos, que contienen proporciones varía-Mes de agua, como las sopas espesas, los cereales cocidos y humedecidos en caldo o miel; el pan, la carne, los frijoles, las **legumbres** cocidas, el huevo frito o revuelto, etc., y este régimen siempre se acompaña de agua pura, de tisanas aromáticas o do jugos de frutas y jugo de carne o caldo de diversas carnes.

Lo *seco* del régimen se refiere a que no hay en él ningún alimento líquido, entendiéndose por tales los que sólo pueden ingerirse como bebida, en biberón por los niños ,en taza o vaso y aun con cuchara por el adulto, o sean: la leche, el café con leche, el chocolate con leche, el té con leche y los atoles o las sopes aguadas.

Las razones fisiológicas son que con los alimentos líquidos se omite la masticación y la insalivación . se introduce fuerte cantidad de aire en el estómago y se entrega a este órgano, en masa y de manera brusca, un cuerpo de digestión laboriosa por el solo hecho de no haber recibido el estancamiento bucal y la digestión primera indispensable para la acción gástrica.

Se sabe que la necesidad hídrica del organismo es satisfecha por el agua exógena (bebidas, alimentos crudos o cocidos, que contienen agua en imbibición) .

Debe considerarse como exógeno, hasta cierto punto, el agua de los jugos digestivos secretados por el estómago y el intestino en el curso de las digestiones y reabsorbidos; estos representan una cantidad de agua aun más considerable que el agua de bebida. En efecto, ésta no pasa de dos a tres litros por día, en tarro que el agua de los jugos digestivos llega a 7,300-8,000 c. c., repartidos de la manera siguiente: saliva, 1.500 c. c; jugo gástrico, 2,000-3,000 c. c; jugo pancreático 500-800 c. c: bilis 300-500 c. c; jugo entérico 3.000 c. c. Se trata de agua que proviene del organismo y circuí:, continuamente de la sangre al tubo gastrointestinal, y viceversa, además de la pequeña cantidad excretada por las materias fecales.

Es justamente el agua de estos jugos digestivos la que permite la realización de la digestión, aunque no se tome agua en lo absoluto, puesto que el agua es indispensable para la hidrólisis de los alimentos, para la solución y la absorción de los productos de esta hidrólisis y para asegurar la consistencia siempre líquida del contenido intestinal, indispensable para su marcha en el intestino." *1*

El agua endógena tiene otros orígenes más: la que resulta de la oxidación del hidrógeno de los ácidos grasos, de los aminoácidos y de los hidratos de carbono, de las síntesis del glicógeno y de las grasas neutras y las proteínas.

Magnus-'Levy proporciona datos precisos en cuanto a la cantidad de agua de los siguientes alimentos, cuyo hidrógeno al oxidar se da también cantidades considerables de agua endógena;

100 gr. de proteínas dan „ 41.3 gr. de agua.
,, „ grasas dan ,, „ „ 107.1 „ „ „
hidrocarbonados „ „ „ 55. „ „
alcohol. 117.4 „ „ „

Según esto, una ración normal puede llegar a dar 300 gramos de agua y una ración de 4.000 calorías puede llegar a dar 430 gramos, o sea 12 gramos por cada 100 calorías.

En el lactante hay mayor exigencia hídrica; pueden necesitarse de 125 a 160 gramos por kilo de peso.

Se infiere de estos datos importantes que la necesidad de beber agua para la digestión está muy lejos de corresponder a lo que el hombre hace tomando grandes cantidades de líquido, sea por medio de los alimentos que deben beberse, sea por el agua o las otras bebidas con que el hombre civilizado acompaña sus comidas.

Hay en el régimen usual un exceso de agua que pesa en el estómago y que acarrea aire en la proporción que hemos determinado. Y he aquí por qué aseguro que el régimen líquido es indigesto, nocivo y está reñido con la fisiología digestiva, tal como corresponde al organismo humano actual.

Tercer principio. — El error común del hombre, cuanto más civilizado con mayor razón, consiste en suponer que el proceso de dispersión molecular que es la digestión, puede ser imitado, enmendado o torcido por él, a voluntad, en lo accesible a sus recursos mecánicos o químicos.

Considero errónea la conducta humana, inspirada por la inteligencia, porque, como lo demuestra la <5línica, el hombre adulto o el lactante, que depende de la voluntad del adulto, no sabe interpretar el lenguaje de su propia economía y porque debido a la organización de nuevos apetitos y a la perversión o suplantación de les naturales, el hombre va adoptando en el curso de los tiempos, una conducta dietética que le hace cada vez más daño y de la que no sale, porque ella misma lo aparta vertiginosamente de la conducta biológica que reina en el resto de las especies y que las conserva mucho más saludables que él.

Sólo un concepto simplista de los fenómenos nutritivos puede intentar la substitución de pasos tan necesarios y complejos como la digestión bucal. Sólo la omisión voluntaria de la razón biológica de que el proceso comience por ser íntegro, puede

dictar preocupaciones científicas de otros órdenes que pertenecen al **segundo** plano.

"La química sola, dice Leven (2). la fisiología sola, imponiendo los regímenes y prescindiendo de los datos a que vamos ahora a pasar revista, hace un trabajo imperfecto que es la causa de estas variaciones, cuyo estudio crítico hemos anunciado y del que el enfermo es testigo poco satisfecho."

"Las causas de error en la apreciación de la digestibilidad de los manjares, nos autorizan para protestar contra el consejo dado a menudo: elegid el **alimento** que digerís; sois el mejor juez en este asunto."

"A nuestro parecer, sigue diciendo Leven, el hombre enfermo no puede saber lo que le conviene; tampoco debe fiarse en los consejos de la. **natural3za.** Se repite a menudo que hay que escuchar su parecer. **Pero** esta vieja señora no es bienhechora más que para el hombre en estado de salud perfecta y aun no siempre. Cuando invita a comer o a beber a un individuo, que si tiene mucha sed es porque es diabético, o si tiene demasiado apetito a cualquiera hora es porque es dispéptico, estas Harpadas f-: 3 cuentes e intensas del hambre, siendo un síntoma preciso de dispepsia, la naturaleza resulta más perjudicial que beneficiosa."

Y es que las voces de la naturaleza llegan al hombre en idioma que éste desconoce y que supone traducido por el dietólogo.

Esto es lo que hace la dietética científica y a ello tienden estos esfuerzos de interpretación que les observadores de los **fenómenos** fisiológicos y patológicos emprenden bajo el análisis intimo de los hechos.

El gran adelanto científico no basta, sin embargo, para llenar esta enorme necesidad de conectar correctamente al organismo humano con su medio. Esta verdad palpable ma ha inspirado el

Cuarto principio. — Todas las razones conocidas y aceptadas en que se apoyan los fundamentos de la alimentación racional, como la química de los alimentos en relación con la del cuerpo humano; las relaciones biológicas entre el ser y su alimento; la energética, la isodinamia, las vitaminas, la especificidad, etc., son invocables como necesarias; son la &ase *genuinamente científica del arte racional de la alimentación; pero por encima de todas ellas, necesariamente primero que todas ellas, está lo que se refiere a la constitución física del alimento.*

Es asunto de orden; es primacía de tiempo. No hay valor químico que pueda utilizarse, si no *se* le coloca físicamente primero en condiciones de que obre. Si no se vuela con dinamita la montaña para extraer el mineral, si no se pulveriza el pedruzso, la obra sutil del laboratorio será inútil y *no* se obtendrá la insignificante dosis de radio. No hay correspondencia biológica que valga entre un alimento y el organismo que debe utilizar-

lo, si el alimento no sufre ante todo la acción física necesaria para que sus moléculas se dividan antes de que lleguen a la constitución física óptima para la absorción. No vale que un alimento sea homólogo para que sea utilizable; se necesita primero que sea digerido.

¿Qué puede valer una vitamina que naufraga en un quimismo pervertido y complicado?

¿De qué podrá servir un régimen calculado conforme a la energética, si no se le maneja ordenadamente? Un gran vaso de leche, líquido equilibrado, alimento completo, fuente de grandes energías para el lactante de su especie, no solamente carece de valor alimenticio dentro de un estómago atónico, distendido o hipercinético, sino que se transforma rápidamente en un factor de intoxicación capaz de estragos agudos o crónicos. La constitución física de ese alimento ha sido impropia para ser manejada en orden por el tubo digestivo. Y si el primer paso, el paso físico de la división, se ha omitido o se ha salvado, el resto del proceso está condenado al fracaso. El vaso de leche se ha introducido al estómago disfrazado de líquido; pero allá, dentro de la viscera, ha *fraguado* como la le chada de yeso y se ha convertido en sólido. Lo que para el paladar del dipsómano era una fresca bebida, es, a la hora de la química silenciosa del estómago, órgano muscular que debe manejar papillas, un bloque duro de queso que debiera haber sido masticado antes de llegar al recinto en donde pesa y golpea y prolonga por largas horas la digestión, que debiera efectuarse con la rápidas fisiológica,

Dos círculos viciosos encadenados por un factor común. El pequeño explica cómo el fenómeno normal del estacionamiento del alimento en el estómago por las circunstancias físicas que acabo de mencionar, se transforma por exageración funcional en retención. Nada puede pasar del contenido gástrigo al duodeno, mientras los coágulos de caseína aglomerados en masa sostengan el bloqueo del píloro, lo cual puede suceder por 8 o 9 horas y aun por días, como lo asegura Bosworth en sus minuciosos estudios acerca de la digestibilidad de la caseína de la lecha de vaca. *1*

La retención del coágulo, que incluye grasas, hidratos de carbono, sales, bacterias, etc, por tiempo indefinido y >a la temperatura del cuerpo, crea un quimismo anárquico. Resultan substancias tóxicas neurotrópicas que impregnando el sistema vago, como lo hace la toxina botulínica o la tetánica, o la pepsina, ascienden por esta vía anormal hacia los centros superiores (Loeper).

De la impregnación resulta el vagotonismo, que se traduce en espasmocidad y que influye primera y principalmente sobre la función pilórica. Y el píloro contraído ratifica y prolonga la retención. Este es el primer círculo vicioso.

Pero el tóxico en la cavidad gástrica, lo es en. abundancia y, al fin, porque la lucha muscular

no cesa, es arrojado al duodeno, en donde es absorvido y llevado a su fijación en todo el sistema nervioso y el aparato muscular. Infinitas pruebas clínicas hay de que este mecanismo hipotético sigue tal derrotero. El vagotonismo se exalta, se crea la vagotonía verdadera, se generaliza la espasmodicidad, los esfínteres llegan a la acalasia y surge el síndrome esencialmente amenazante: la retención duodenal.

Los gastroenterólogos saben perfectamente la alta significación de este grado de intoxicación neuromuscular y lo que representa en la patología humana de lesivo, de trascendental y *de* grave.

Siento, Señores Académicos., que he abusado excesivamente de vuestra paciente y vuestra amabilidad. Perdonadme. No he encontrado manera literaria de condensar, de apretar más mis ideas. No he dicho cuanto hubiera querido, porque al redactar mi trabajo ha estado aguijoneándome atrozmente la idea de que mi estudio es largo y cansado.

Pero no quedo satisfecho sin antes expresaros mi alegría cuando al estar escribiendo mi trabajo me llega de Francia un periódico de los que leemos con vivo interés los médicos, "L'Esprit Medical',, en el número del 26 de diciembre recién pasado.

Mi regocijo obedecía a que una nota bibliográfica hablaba con este calor con que vengo dirigiéndome a la Academia de Medicina de mi Patria, a este apasionante problema de la rectificación de los conceptos dietéticos actuales.

He aquí, para finalizar, el texto íntegro de la nota:

La revolución alimenticia actual

"Las revoluciones decisivas en cuanto a las modificaciones profundas de la especie human., no son las más ruidosas.

"La historia sólo registra las conmociones políticas del mundo. Sin embargo, la evolución de nuestros hábitos de vida y principalmente de nuestras costumbres alimenticias es, aunque más insidiosa, isfinitamente más importante a los OÍOS del biólogo y del sociólogo.

"Ahora bien, la Humanidad. que desde este punto de vista había sufrido ya dos grandes revoluciones, la que la convirtió, durante el período glacial, del frugivorismo al carnivorismo y la que resultó más tarde de la práctica de la agricultura y de la invención de la cocina, conoce actualmente, según Geo. Beltrami (La Revolución alimentaire actuelle, Vigot, editeur), una tercera revolución.

"Desde hace 20 años el desarrollo científico, obrando sobre la creación de la industria moderna y de su corolario social., el taller, ha modificado el aspecto del Universo, invirtiendo en la mayor parte de los países la proporción numérica de la población urbana y de la población rural. „ Aun ésta, bajo la ín-

NOTAS

La Asociación Médica Hondureña recibió atenta comunicación en la cual se le participa haberse organizado la Sociedad Dental en Tegucigalpa.

»:—:«

Igual comunicación recibió de San Salvador de la nueva sociedad médica organizada por jóvenes profesionales y bautizada con el nombre de Sociedad Médica Manuel Enrique Araujo.

»:—:«

Con viva complacencia hemos recibido el nombramiento de Vice-Decano de la Escuela de Medicina y Cirugía recaido en nuestro consocio el Dr. Pastor Gómez h.

Hemos recibido en calidad de nuevos canjes el Boletín de la Sociedad de Cirugía de Chile y Correo Médico de México. Muy agradecidos corresponderemos.

»:—:«

Recibimos el Informe presentado a la Superioridad Naval por el Cap. de Corbeta Cirujano Dr. Juan Marín Rojas, sobre observaciones profesionales recogidas en su viaje a EE. UU. de N. A.

»:—:«

Después de larga permanencia en Estados Unidos en vía de estudios regresó al país el Dr. Manuel Larios.

»:—:«

El 2 de octubre tuvieron lugar las elecciones para reponer la Directiva que fungirá el año de 1938. Resultaron electos:

Presidente	Dr.	Antonio Vidal
Vice-Presidente	Dr.	Abelardo Pineda U.
Secretario	Dr.	Manuel Cáceres Vigil
Prosecretario	Dr.	José María Sandoval
Tesorero	Dr.	Marco Delio Morales
Fiscal	Dr.	Salvador Paredes P.
Vocales Propietarios:		
I	Dr.	H. Valenzuela
II	Dr.	Gabriel R. Aguilar
III	Dr.	Juan A. Mejía
Vocales Suplentes:		
I	Dr.	Dr. José R. Durón
II	Dr.	Ramón Valladares
III	Dr.	Manuel Castillo Barahona

Personal de la Revista

Director	Dr.	Manuel Larios
Redactores	Dr.	Humberto Díaz
„	Dr.	Henry D. Guilbert
„	Dr.	Pastor Gómez h.
Secretario	Dr.	Manuel Cáceres Vigil
Administrador	Dr.	Marco Delio Morales

Indice del Tomo VI

		Páginas
Anuria	Dr. O. M.	29
Al margen de nuestos conocimientos médico-quirúrgicos	Dr. Antonio Vidal	96
Acciones patológicas que los climas en ralación a su humedad ejercen sobre la salud del hombre	Prof. M. Bañuelos	113
Aguja para la localización de cuerpos extraños en la práctica de accidentes de trabajo	Dr. Luis Ramallal	155
Algunas manifestaciones atipicas del Sarampión	Dr. Manuel Larios	195
A propósito de las acromias parasitarias	Dr. Clement Simon	237
A propósito del tratamiento de las quemaduras	Dr. Jean Juliet	247
Absceso amibiano del hígado	Dr. S. Paredes P.	260
Blenorragia, tratamiento curativo	Dr. E. Tant	158
Comentarios sobre la organizalión de los estudios de medicina en Paris	Dr. Pedro Iglesias Betancourt	121 y 161
Cómo tratar las afecciones pulmonares agudas	Prof. Jean Minet	209
Datos hematológicos que el clínico debe solicitar en el estudio de sus anémicos	Dr. J. M. González G.	58
Diagnóstico de la sarna	Prof. H. Gougerot	361
Esquema de la evolución de la medicina	Dr. Juan Marín	79
El antiveneno botrófico en las diátesis hemorágicas	Dr. Ricardo Aguilar	101
Embarazo tubárico con feto vivo y supervivencia	Dr. S. Paredes P.	133
Etiología de la colitis ulcerosa	Dr. Gallart Monés	176
Estudio sobre la efectividad antihelmíntica de la leche de Higuerón en el tratamiento de la tricocefalosis	Drs. Fred y Elfeda Caldwell	178
El timo y la muerte repentina en los niños	Prof. Martínez Vargas	190 y 243
El plátano en terapéutica	Dr. J. Schunck	219
El tratamiento de la angina de pecho	Dr. Harlow Books	233
El método Ogino-Knaus	Dr. Blanco Herrera	281
El ritmo de las 24 horas en el hombre	Dr. Jores	296
El tratamiento de los trastornos del sueño	Profesor O Wuth	302
El tratamiento moderno de las enfermedades de la vesícula biliar	Dr. Ernest Sametinger	173
En favor de una alimentación racional		357
Fibroma uterino supurado	Dr. S. Paredes P.	69
Fistulas lumbares de origen urinario	Dr. O. M.	89
Flebitis apendicular	Dr. S. Paredes P.	329
Higiene de la finca rural	Dr. J. Epaminondas Quintana	71
Hemorragias genitales de la menopausa	Dr. César Leone Iparraguirre	138
Hernia estrangulada y trombosis mesentérica	Dr. Roberto Gómez Rovelo	253 y 300
Incontinencia de orina	Dr. O. M.	370
La colecistografía en Honduras	Dr. Manuel Larios	5
Lo que el Médico no debe hacer	Dr. Ricardo D. Alduvin	33, 81, 147, 179, 274 y 347

		Páginas
La Esplenocontracción	Dr. A. Braun	39
La prevención de las infecciones post-operatorias	Dr. Edwin H. Carnes	91
La reacción pupilar en el diagnóstico del embarazo	Dr. Francisco A. Morones Alba	172
Los espermo-cultivos	Dr. Rafael A. Morales	207
La Halitosis, sus causas y tratamiento	Dr. Gregorio A. Mortela	221
La lucha contra las enfermedades epidémicas		229
La alimentación y la higiene pública		289
La sinfisiotomía frenada	Dr. J. H. Arrieta Yúdice	345
Micción en dos tiempos	Dr. O. M.	204
Mis prácticas con el Evipán sódico	Dr. Roberto Gómez Rovelo	335
Nociones generales sobre Paludismo	Dr. Carlos Floriani	103
Nefrectomía por pionefrosis	Dr. S. Paredes P.	311
Patología quirúrgica por el Dr. Conrado Zukermann	L. R.	87
Precauciones que es necesario tomar después de las inundaciones		170
Prostatismo	Dr. O. M.	345
Revista Quirúrgica	Dr. S. Paredes P. 56, 100, 166, 216, 293 y	354
Resultados y peligros del tratamiento de la amibiasis por Emetina en la Clínica Mayo	Dr. P. Brown	169
Reflexiones sobre 38 casos de Pleuresía purulenta	Dr. Vignard	175
Revista de Revistas	Dr. Antonio Vidal	220
Radiaciones ultravioletas	Dr. John S. Coulter	314
Significación del Metabolismo Basal	Drs. Ph. Lignac y Quignon	369
Síndrome de cistitis	Dr. O. M.	137
Tratamiento de diarreas en la infancia y tierna niñez	Dr. Marc D. Morales	55
Tolstoi en la mesa de disección	Dr. Juan Marín	162
Tratamiento de vómitos del embarazo, ligeras, graves o incoercibles	Dr. R. Leven	264
Tifus exantemático	Dr. M. L. Mora	323
Terapéutica contra la microbiosis aguda	Dr. Edmundo Escomel	378
Valor nominal de la eritrosedimentación en Tegucigalpa	Dr. Antonio Vidal	382

Indice del Tomo VII

Apendicitis aguda, Malaria, Fiebre tifoidea y Amibiasis crónica	Drs. H. Valenzuela y S. Paredes P.	8
Apuntes de Clínica Médica	Dr. Humberto Díaz	75
Anemias y Campolón	Dr. Ramón Villeda M.	90
Constipación y Embarazo	Dr. Gabriel R. Aguilar	54
Credo del Sociólogo Médico		110
Consejos de higiene en casos de epidemias	Dr. Delattre	173
Consideraciones sobre los casos en que indicamos toracoplastía	Drs. Jos F. Mas y Hugo Brugini	271
Caquexia Hipofisaria	Marcial P. Ochoa	338
Conceptos generales sobre Profilaxis y Servi-		

		Páginas
cios Antituberculosos	Dr. Julio Morera Carbonell	358
Diagnóstico serológico del cáncer		102
Dietética en la fiebre tifoidea	Dr. Jorge Orgaz 189 y	230
Disenterías palúdicas	Dr. Roberto Gómez Rovelo	264
Disenteria Balantidiana	Dr. Manuel Cáceres Vigil	331
Enfermedades por infección de las amigdalas ...	Dr. R. Rocro Rodriguez	28
El diagnóstico biológico de la Brucelosis		51
El blanco de cistoscopia	Dr. O. M.	112
El Eter y el Oído	Dr. Roberto Gómez Rovelo	124
El V Anversario de la Policlínica	Dr. S. Paredes P.	221
El ácido clorhídrico como indicador en los focos latentes de infección	Dr. Charles de Witt Colby	310
Ensayo de rectificación a la dietética	Dr. Alfonso G. Alarcón 319 y	365
Fisiologia de la Hipófisis	Dr. Marcial P. Ochoa	133
Fracturas abiertas diafisarias	Dr. Eugenio T. López Trigo	163
Generalidades sobre Paludismo	Dr. Ricardo Aguilar Meza 56 y	80
Homenaje a un ilustre español	Dr. S. P. P.	162
Herida penetrante Toraco-Abdominal	Dr. S. Paredes P.	333
Informe de las labores realizadas por la Asociación Médica Hondureña		12
Investigación del treponema por la punción ganglionar	Drs. Sidi, de Marne y de Montis	177
Indicaciones de la paracentesis del timpano ...		190
Infantilismo hipofisario	Dr. Marcial P. Ochoa	280
La Distosia ósea en el parto	Dr. J. H. Arrieta Yúdice	5
Lo que el Médico no debe hacer	Dr. Ricardo D. Alduvin 14, 82, 148 y	207
Las grandes próstatas	Dr. O M.	22
La terapéutica contra la microbiosis aguda ...	Dr. Edmundo Escomel	43
La fiebre de Malta o fiebre ondulante		104
Linfogranuloma inguinal		106
La actinomicosis de la cavidad bucal	Dr. E. Fulde	115
Las eminencias en cistoscopia	Dr. O. M.	159
Las depresiones en cistoscopia	Dr. O. M.	225
La lucha contra la propagación de infecciones en los hospitales infantiles		228
La esterilización eugénica en degenerados y criminales	Dr. Ariosto Licurzi	237
La conducta general en los traumatismos	Dr. Luis Baz E.	287
Los Mayo de Rochester		292
La esterilidad conyugal y su tratamiento por el ginecólogo	Prof. H. Eyner	295
Los médicos norteamericanos diagnostican su propio caso	Dr. Julio Centeno	213
Lo que oí del Prof. Leriche en Buenos Aires ...	Dr. Pastor Gómez h.	336
Los portadores de gérmenes	Prof. H. Gougerot	350
Memoria de los trabajos realizados por la Sociedad Médica Sanpedrana de 1935 a 36 ...		95
Nuevo Plan de estudios de Medicina de Bue-		

		Páginas
nos Aires		103
Para evitar las enfermedades infecciosas es necesario una alimentación apropiada		25
Patología de la Pituitaria	Dr. Marcial P. Ochoa	199
Posibilidades en el tratamiento del cáncer del cuello uterino	Dr. Eduardo Blanco Acevedo	253
Profilaxio, Tratamiento y Bacteriología de la Tos Ferina	Dr. A. D. Gardner	344
Revista Quirúrgica	Dr. S. Paredes P.	33, 107, 156, 216, 268 y 355
Revista sobre el tifus exantemático	Dr. Antonio Vidal	26
Resucitada por transfusiones	Drs. S. Paredes P. y A. C. Midence	72
Rinoescleroma	Dr. S. Paredes P.	98
Reacción de Brossa para el diagnóstico del cáncer	Dr. Manuel Cáceres Vigil	281
Semiología de la pupila	Dr. Humberto Díaz	36
Un caso de enfermedad de Duhring	Dr. Antonio Vidal	68
Un caso de Esquistosomos	Dr. Pompilio Romero	197
Un caso de Leucemia mieloide infantil	Dr. Antonio Vidal	234
Uretrorragia	Dr. O. M.	274
Un caso de Absceso del Pulmón	Dr. H. Valenzuela	326
Un caso de Otalmoplegia	Dr. H. Díaz	328
Votos adoptados por el IV Congreso de la Prensa Médica en Venencia		111

Miembros de la Asociación Médica Hondureña

Socios Honorarios

Dr. Miguel Paz Barahona,	París
Dr. Vicente Mejía Colindres,	San José, Costa Rica
Dr. José María Ochoa Velásquez.	Comayagua.

Socios activos en Tegucigalpa

Dr. Salvador Paredes	Dr. Ricardo D. Alduvín
Dr. Ramón Valladares	Dr. Humberto Díaz
Dr. Antonio Vidal	Dr. Gabriel Aguilar
Dr. Héctor Valenzuela	Dr. Víctor Manuel Velásquez
Dr. Tito López Pineda	Dr. Juan A. Mejía
Dr. Marco Delio Morales	Dr. Manuel Cáceres Vigil
Dr. Trinidad E. Mendoza	Dr. Fernando Marichal
Dr. Manuel Larios	Dr. Henry D. Guilbert
Dr. Manuel Castillo Barahona	Dr. José R. Durón
Dr. José Manuel Dávila	Dr. Alfredo Midence
Dr. Romualdo B. Zepeda	Dr. Luis Munguía
Dr. Abelardo Pineda U.	Dr. Miguel A. Hernández
Dr. Pastor Gómez h.	Dr. José María Sandoval
Dr. Isidoro Mejía h.	

Socios fuera de Tegucigalpa

Dr. Isidoro Acosta	Progreso
Dr. Pío Suárez	Yoro
Dr. Rafael Martínez V.	La Lima
Dr. Juan V. Moncada	La Ceiba
Dr. Gustavo Boquín	Comayagua
Dr. Adán Bonilla Contreras	Santa Rosa de Copán
Dr. Ramón López Cobos	Santa Rosa de Copán
Dr. Emigdio Mena	Santa Bárbara
Dr. Guillermo Pineda	Trinidad, Santa Bárbara
Dr. Ricardo Aguilar	Quiriguá, Guatemala
Dr. Manuel L. Aguilar	Choluteca
Dr. L. R. Fletcher	Quiriguá, Guatemala
Dr. Arístides Girón Aguilar	Guatemala
Dr. Carlos Pinel h.	Tela
Dr. Emilio Gómez Rovelo	La Ceiba
Dr. Roberto Gómez Rovelo	Planes, Vía Ceiba
Dr. E. A. Maure	Tela
Dr. Justo Abarca h.	Amapala
Dr. Román Bográn	San Pedro
Dr. Curtis McWorter Roberts	Puerto Castilla
Dr. Roberto Lázarus	"
Dr. Gabriel Izaguirre	San Juancito.

Miembros de la Asociación Médica Sampedrana

Alfaro Jacinto
Alvarado Romero Francisco
Centeno Presentación
Dacosta Gómez Carlos
Funes José Cecilio
Godoy J. Leonardo
González Carlos B.
Hernández Inés
Martínez José C.
Peraza J. Antonio
Rápalo J. Inés
Reyes Guadalupe
Sánchez Miguel A.
Waller S. M.
Winn Claudio M.

Socios Fallecidos

Dr. Rubén Andino Aguilar	Tegucigalpa
Dr. Alfredo Sagastume	Tegucigalpa
Dr. Francisco A. Matute	La Ceiba
Dr. Lorenzo Cervantes	La Paz
Dr. Marco Antonio Rodríguez	Santa Rosa de Copán
Dr. Domingo Rosa	Ocotepeque
Dr. Virgilio Rodezno	Ocotepeque
Dr. Juan Jesús Casco	Tela
Dr. Cornelio Moncada	San Pedro
Dr. Francisco Sánchez U	Tegucigalpa