

Año IX

REVISTA

Nº 74

MEDICA HONDUREÑA

Director:

DR. MANUEL LARIOS

Redactores:

DR. HUMBERTO DIAZ

DR. PASTOR GOMEZ h.

DR. H. D. GUILBERT

Secretario de Redacción:

Administrador:

Dr. Manuel Cáceres Vijil

Dr. Marco Delio Morales

SUMARIO

Página

Página de la Dirección	67
Sobre el aspecto radiológico de la sífilis pulmonar, por el Dr. Manuel Larios	71
Los servicios de transfusión sanguínea de la Cruz Roja, por el Dr. Anet	79
Apuntes de Clínica Médica, por el Dr. Humberto Diaz	86
La tuberculosis infantil, por el Dr. Hermilo L. Castañeda (Continuará)	88
Plasmodium ovale, por el Dr. Marco Del. Morales. .	99
Revista de Revistas	106
Congresos y Sociedades	111

Enero y Febrero

Imprenta

Calderón

1938

REVISTA MEDICA HONDUREÑA

Órgano de la Asociación Médica Hondureña

DIRECTOR:

Dr. Manuel Lario

REDACTORES:

Dr. Humberto Díaz

Dr. Pastor Gómez h.

Dr. H. D. Guilbert

SECRETARIO DE REDACCIÓN:

ADMINISTRADOR:

Dr. Manuel Cáceres Vijil

Dr. Marco Delio Morales

Año IX

Tegucigalpa, Hond. C. A-, Enero y Febrero de 1938

No 74

PAGINA DE LA DIRECCIÓN

El médico, según la creencia popular, está tan acostumbrado desde sus días de estudiante a presenciar el sufrimiento físico y moral de sus semejantes, que ya ello no le causa mayor impresión. Para Los profanos, especialmente los sentimentales e impresionables, es algo incomprensible que el Jefe de un servicio de hospital pueda pasar de una cama a otra-en su visita diaria sin que aparentemente la cara de este enfermo quede por mucho tiempo grabada en su mente, sin que la historia de aquél lo haya conmovido, sin que los rostros ansiosos de los familiares de este otro en agonía lo persigan durante el resto del día y muchos otros días en su trabajo cotidiano.

Confesamos que hay algo de cierto en este concepto del médico y reconocemos que la profesión médica no es para espíritus impresionables y supersensitivos. Pero no por eso admitimos que el médico sea un insensible que pueda soportar con impavidez del espíritu las diarias tragedias que le son su lote presenciar. Allá en lo más íntimo de su alma, a escondidas de las miradas escudriñadoras de los profanos y aun de sus mismos colegas, todo aquel que profesa el noble apostolado de la Medicina comparte con el enfermo y sus familiares los sufrimientos porque aquél está pasando, así como participa del gozo y la alegría de éstos cuando su intervención es coronada por el éxito.

Se nos ocurren las anteriores observaciones con motivo de los casos, ya bastante numerosos, de Tuberculosis Pulmonar que hemos tenido oportunidad de observar en diez años de práctica en Tegucigalpa.

Y les que cada caso de esta enfermedad que observamos representa una tragedia que afecta hondamente no solamente al enfermo mismo sino que también a sus familiares y a sus amistades, una catástrofe que viene a hechar por tierra sus negocios, su profesión, sus intereses. Padres que no ha poco han formado un hogar, hijos que quedarán en el desamparo, adolescentes que de súbito ven tronchadas sus ambiciones, pequeñuelos en los comienzos de una vida de la cual sólo conocerán los sinsabores, todos obedecerán el mandato imperioso y tendrán que doblegarse ante la ley de la fatalidad; la muerte o la invalidez de largos sufrimientos para luego sucumbir a pesar de todo esfuerzo. Ese ha sido en el pasado y sigue siendo todavía entre nosotros el concepto de la suerte del tuberculoso, concepto sombrío y terrible que urge aclarar y desvanecer.

Porque poseemos un espíritu sensible y compasivo, pese a un exterior que en nada lo traduce, cada caso de Tuberculosis Pulmonar que vemos nos produce una honda impresión, un deseo demente de poder servir y, triste es confesarlo, una sensación de desamparo y de impotencia. Por la naturaleza misma de nuestro trabajo cotidiano tenemos oportunidad de observar casi diariamente un nuevo caso, de ser testigos de una nueva tragedia que de súbito ha venido a llenar un nuevo hogar de dolor, de ansiedad y de tristeza. Porque nuestro espíritu se conmueve hondamente a la vista de estos infelices, porque la seguridad social lo reclama y porque es un deber que nos hemos impuesto al hacernos cargo de 10) Dirección de esta Revista, queremos ocuparnos de la Tubérculo-

sis Pulmonar entre nosotros, no para romantizar sobre ella, sino para plantear el problema que este azote constituye para nuestro país y para despertar la conciencia médica sobre su frecuencia, sobre su alarmante incremento y sobre las bases en que se podrían poner en práctica los métodos modernos de su tratamiento conforme nuestra organización social y económica.

El aire de misterio de que se rodea a esta enfermedad es uno de los obstáculos mas grandes que se oponen a toda campaña para combatirla. Principia el enfermo por no acudir al médico a tiempo, aunque allá en sus adentros tenga cierta sospecha de lo que pueda ser, por el temor de ver estas sospechas confirmadas, tan arraigado está en él la creencia de que esta enfermedad es incurable. Luego una vez averiguada la verdad, mantiene a su familia y a sus amigos en completa ignorancia de su mal, por vergüenza la más de posible por alejar toda sospecha, pero ni éstos ni aquél tratan de las veces. Los familiares, una vez enterados de la situación, hacen lo mismo con los vecinos y amistades y unos y otros hacen todo lo llevar a cabo los principios elementales de higiene para evitar el contagio. Llega a tal grado este aire de misterio de que se rodea a la Tuberculosis Pulmonar que es clásica la historia del Secretario Municipal provinciano que al escribir la boleta de defunción de un tuberculoso amigo, por deferencia a los familiares que así se lo suplican, deliberadamente falsea el certificado, sustituyendo en la causa de la muerte cualquiera otra enfermedad.

No se crea que solamente entre nosotros ocurre esto. En otros países ocurre otro tanto con la Tuberculosis, con las enfermedades venéreas, con todos aquellos padecimientos que el vulgo considera como vergonzosos. En los Estados Unidos el Cirujano General de Salubridad Pública, Dr. Thomas Parran, ha entablado activa campaña contra las enfermedades venéreas y el mayor obstáculo

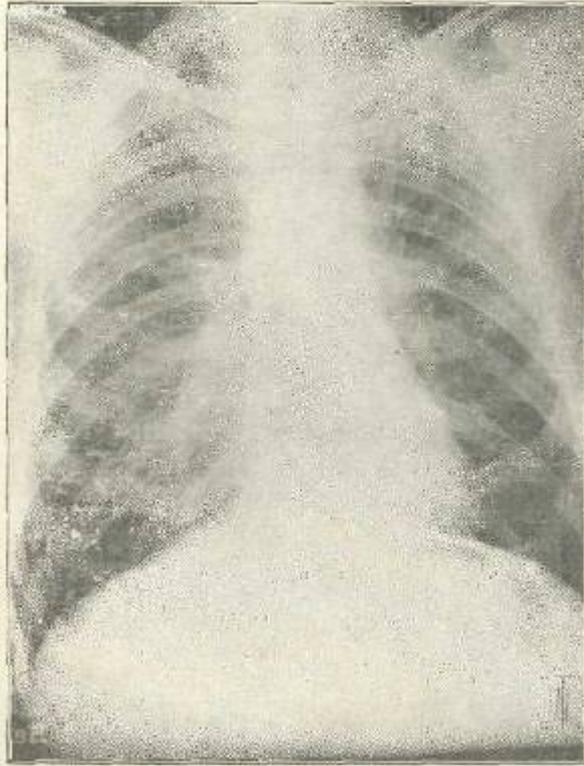
las enfermedades por sus nombres, alegando que sus oyentes objetaban oír las palabras Sífilis y Gonorrea.

Si esto pasa en los Estados Unidos con la Sífilis y la Gonorrea, fácil es comprender que ocurra otro tanto entre nosotros con la Tuberculosis. Para vencer la resistencia del tuberculoso a hablar de su enfermedad, pare inducirlo a consultar cuando todavía es tiempo, tenemos que destruir el concepto que él tiene de que este mal es incurable, tenemos que mostrarle los resultados que han obtenido en otros países y los cuales bien podríamos obtener los en el nuestro con los métodos modernos de tratamiento.

Tenemos también que mostrarle los medios de que disponemos para combatir esta afección y si carecemos de ellos debemos hacer una activa campaña para procurarlos. El problema de la lucha anti-tuberculosa es tan colosal porque no es solamente un problema médico sino también un problema social y en nuestro medio donde no se conoce el Servicio Social pareciera que no encontraríamos ante un escollo invencible. Así ha parecido en efecto en el pasado y así seguirá pareciendo si la clase médica del país, que es la llamada a ello, no despierta las conciencias adormecidas por un indiferentismo hijo de la ignorancia y de la apatía.

Nos proponemos, en futuras ediciones de esta Revista, ocuparnos de la frecuencia de la Tuberculosis Pulmonar, basándonos en las pequeñas estadísticas con que contamos, advirtiéndole desde luego que éstas no representan sino una infinita parte de la verdadera situación, pero que sí son lo suficientemente elocuentes para demostrar la imperiosa e inaplazable necesidad de que nos ocupemos seriamente de este problema.

Sobre el aspecto radiológico de la sífilis pulmonar



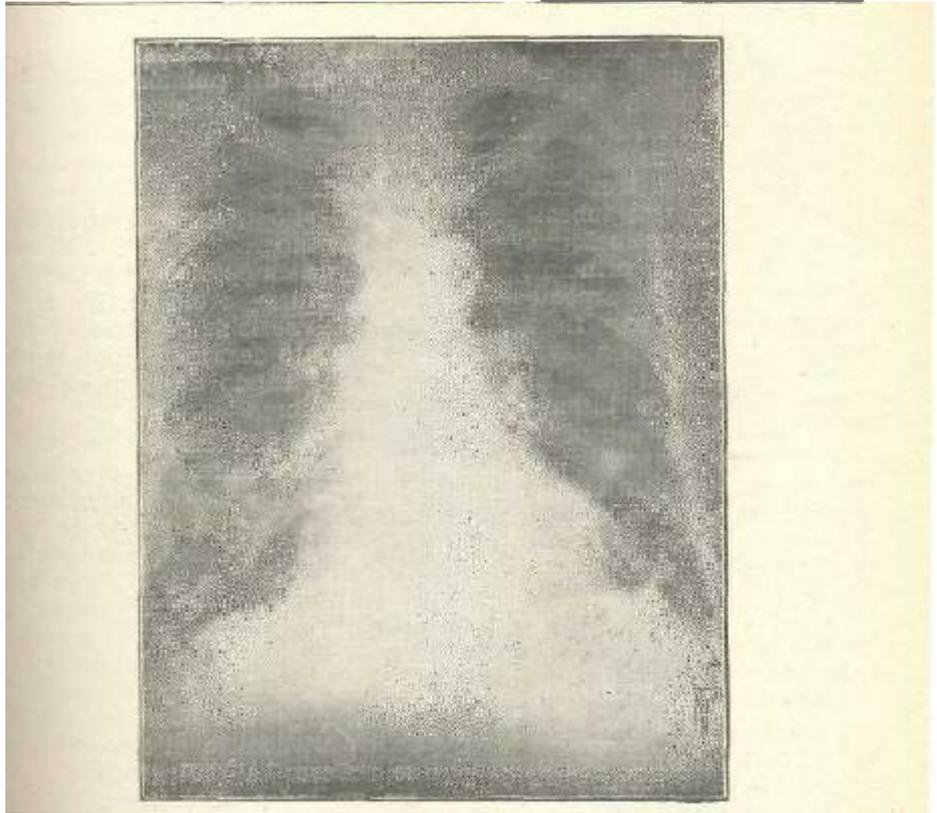
Sin embargo, en un número (bastante reducido por cierto) de casos, se ha puesto todo empeño en esclarecer el diagnóstico y ya sea por la negativa del esputo en condiciones que era materialmente imposible no encontrar el bacilo de Koch como por la notable mejoría obtenida con el tratamiento específico, se ha llegado a la conclusión de que no se trata de tuberculosis. Se tratará de sífilis pulmonar?. A esta pregunta no podemos externar una respuesta categórica y definitiva por las razones que más adelante enumeraremos, pero sí podemos hacer algunas consideraciones que nos justificaran en nuestro criterio de pensar en la sífilis como la causa de estas afecciones oscuras.

Es sobre estos casos estudiados detenidamente y observados por un tiempo suficientemente largo para poder apreciar el efecto del tratamiento específico que basamos este pequeño trabajo. En el mes de junio del año pasado, nosotros presentamos dos casos ante la Asociación Médica Hondureña. Como esta comunicación aún no ha sido publicada, estos dos casos junto con dos más que hemos observado últimamente sirven de base para el presente trabajo.

Caso No. 1. — Hombre de 54 años que sufre desde hace más de dos meses de tos, expectoración abundante, fiebre moderada que cede a la quinina, diarrea y pérdida de peso. Al examen físico se encuentran diseminados estertores mucosos en ambas bases, submatidez del vértice izquierdo. Su aspecto hace pensar desde luego en la tuberculosis. La radiografía (Fig. No. 1)

muestra una fibrosis moderada y generalizada de ambos campos pulmonares y en el vértice izquierdo una infiltración que cubre una área como de dos centímetros de diámetro. Comunica esta área con el hilio por una faja formada por estrías longitudinales que se extienden a manera de cinta desde el hilio hasta la región infraclavicular y vértice. Diagnóstico radiológico: Fibrosis pulmonar, infiltración localizada al vértice izquierdo. El enfermo expectoraba abundantemente, esputos mucopurulentos sin fetidez. La fiebre cedió esta vez, así como las anteriores, a la quinina, las diarreas cedieron a la emetina, pero la tos y la expectoración persistieron hasta que se le inyectaron tres ampollas de neosalvarsán. El enfermo era un antiguo específico en quien la reacción de Kahn, a pesar de tratamiento anterior, permanecía positiva. — Se la practicaron 15 exámenes de esputo sin encontrar bacilo de Koch, ni amibas, ni hongos. Hemos observado a este enfermo durante varios meses y hemos podido comprobar la mejoría que produce el tratamiento específico en la tos y en la expectoración.

Caso No. 2. — Hombre de 62 años que sufre de tos desde hace seis meses. La tos va acompañada de abundante expectoración muco-purulenta sin ningún mal olor. No hay fiebre. Ha perdido el apetito, pero su peso permanece en lo normal. Lo esencial en su historia clínica es un chancro 20 años atrás que nunca se trató. Hasta hace seis meses ha gozado de excelente salud que le permite dedicarse a su



años de oficio zapatero, sin antecedentes que hagan hacer pensar en tuberculosis, chancro a la edad de 23 años que fue tratado por 3 series de Neosalvarsán. Desde hace tres meses sufre de tos, dolores sutasternales y fatiga al hacer cualquier ejercicio. La tos al principio seca produce ahora expectoración abundante. No hay fiebre. El examen físico es negativo, no se notan estertores de ninguna clase, corazón de tamaño normal, la aorta parece aumentada de diámetro. La radiografía (fig. 3) nos muestra infiltración difusa limitada a pequeñas áreas del vértice izquierdo y parte media del pulmón derecho, fibrosis generalizada de ambos campos pulmonares, dilatación aórtica. Esputo negativo por bacilo de Koch. El esputo es muco-purulento, abundante, sin flora microbiana. Reacción de Kahn $-f- -j- -f- -j-$ La tos ha desaparecido desde que se inició el tratamiento específico; el dolor es mucho menos.

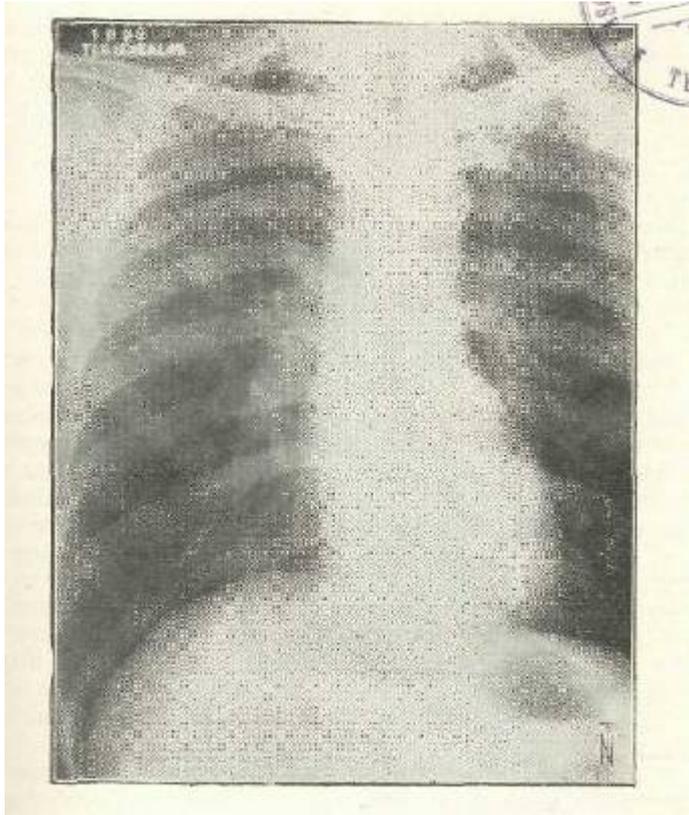
Caso No. 4. — Mujer de 42 años. Surge desde hace cuatro años de tos y ataques de disnea nocturna. En tres ocasiones ha sufrido de pequeñas hemoptisis, dolor de costado y fiebre. Ha perdido 15 libras de peso en el último año. Como antecedentes importantes detalles que ha tenido tres abortos y que un examen de sangre practicado en 1926 dio un resultado positivo.

Como único tratamiento recibió seis inyecciones de cianuro de mercurio. El examen físico hace pensar en la tuberculosis por el adelgazamiento. Macidez de la parte media del pulmón izquierdo, estertores mu-

cosos y sucrepitantes de la parte media del pulmón izquierdo con egofonia. Estertores diseal-nados en el pulmón derecho. Micropoliadenitis generalizada. Reacción de Kahn $-f- -j- -f- -j-$ Esputo negativo por bacilo de Koch (10 veces). El esputo es hemoptoico al principio, luego muco-purulento. Ha recibido una serie de Salvarsán y dos de bismuto desapareciendo la tos y aumentando de peso en dos meses 6 libras.

Resumiendo diremos que nuestros cuatro enfermos presentan un cuadro muy característico: todos ellos son sífilíticos de larga duración en los que sobrevienen los síntomas de tos con expectoración abundante negativa al bacilo de Koch. Todos presentan una reacción fuertemente positiva y el tratamiento específico produce admirables resultados en cuanto al síntoma tos se refiere. La radiografía muestra en todos ellos, fuera de las lesiones de infiltración que ofrecen cierta variación, una fibrosis generalizada, la aorta aparece dilatada. En ninguno de ellos pudo encontrarse el bacilo de Koch en repetidos exámenes del esputo.

Tenemos dos datos importantes que nos hagan dudar de la tuberculosis en estos casos: la ausencia de B. Koch en el esputo y el hecho que el tratamiento específico ha hecho desaparecer el síntoma principal como es la tos. Podríamos asegurar que las lesiones radiológicas observadas son debidas a una sífilis pulmonar? No podemos contestar categóricamente esta pregunta, ya que para ello necesitaríamos demostrar en la mesa de autopsias



de tejido intersticial (esclerosis), producen la imagen característica de la forma de que hablamos a saber: densas estrías que partiendo del hilio se irradian a todo el parenquima. Es la fibrosis, generalizada algunas veces, circunscrita en otras a una determinada área del pulmón. Liebman compara estos cordones a dedos de guante. Cuando a la bronquitis se añade un proceso de peribronquitis, debido a mayor deposición de tejido intersticial peribronquial, las sombras son más densas, pero siempre en forma de cordones irradiando del hilio hacia la periferia. Esta es la forma más común y nuestros cuatro casos presentan todos ellos un proceso de fibrosis generalizado.

2o. — Neumonía y bronconeumonía sífilítica. Se manifiesta por una infiltración del parenquima en forma de sombras irregulares de variable forma y densidad. La mayoría de las veces se trata de verdadera infiltración grumosa abarcando uno o varios lóbulos pulmonares imposible de distinguir radiológicamente de la infiltración grumosa tuberculosa.

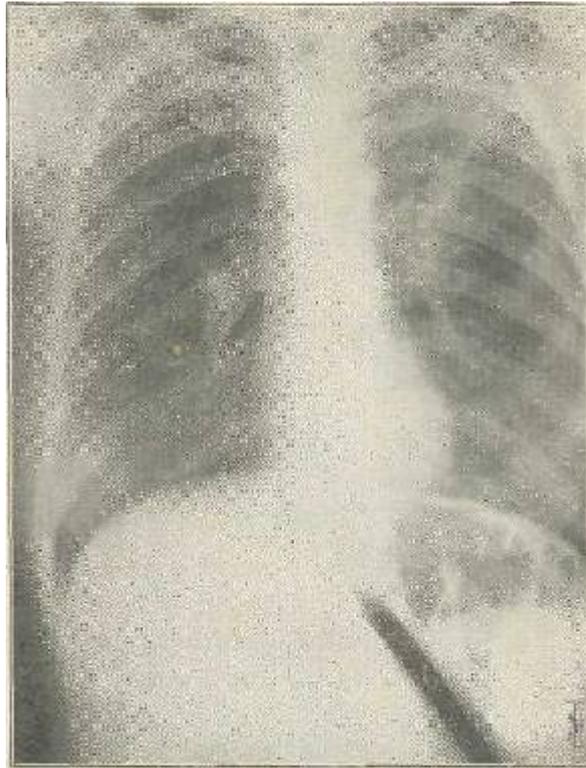
Menos frecuente es la forma neumonía pura en la cual la sombra es densa, uniforme, de bordes nítidos, abarcando todo el lóbulo; una verdadera hepatización pulmonar anatómicamente idéntica a la neumonía alba de los recién nacidos. Esta forma pneumónica se distingue de la neumonía lobar común o crupal porque la sombra es más densa, sus bordes menos nítidos y su forma no es triangular como en esta última. A menudo ocurre en ambos pulmones. No

hay sitio de predilección para las neumonías y bronconeumonías sífilíticas, con frecuencia se las encuentra en las bases, pero pueden presentarse también en la parte superior del pulmón.

3o. — El goma pulmonar. Es la forma más rara, su número puede ser de uno a varios, sus dimensiones (Liebman, Schinz) varían desde pequeños nodulos miliares hasta las grandes formaciones de tipo tumoral. El tumor aparece en la placa como sombra densa, irregularmente circular, de contornos difusos. El tejido parenquimatoso puede presentar una neumonía ya terstical o bien aparecer perfectamente normal o aun enfisematoso lo que hace resaltar mas la sombra tumoral. Aquí la dificultad estriba en la diferenciación con los tumores malignos, cáncer, sarcoma, etc., cuyas imágenes semejan.

Estas son, a grandes razgos, las tres formas radiológicas de la sífilis pulmonar en los adultos. Rara vez se presentan puras, a menudo se encuentran formas mixtas en las que se observa los varios tipos combinados.

Qué modificaciones efectúa el tratamiento antisifilítico sobre la imagen radiológica? La literatura sobre sífilis pulmonar es muy escasa y más aún aquella que trata sobre la regresión de las lesiones desde el punto de vista radiológico. Revisando la literatura de hace unos diez años uno encuentra aquí y allá informes de casos en los que se hace mención la desaparición de las imágenes radiológicas, por ejemplo el caso de Allison.



Otros autores mencionan muy de paso este punto y algunos insisten en la tardanza en desaparecer que muestran las lesiones. La imagen de fibrosis generalizada parece persistir a pesar del tratamiento.

En conclusión diremos que el criterio para el diagnóstico de la sífilis pulmonar sigue siendo la posibilidad de excluir una tuberculosis frente a una afección sifilítica comprobada y el efecto del tratamiento específico sobre los síntomas y sobre el estado general del enfermo. Respecto a las imágenes radiológicas si bien es cierto que pueden agruparse en tres tipos distintos, de-

bemos advertir también que estas modalidades no son exclusivas de la sífilis ya que la tuberculosis puede presentarse bajo la forma de una fibrosis o de una infiltración neumo o bromconeumónica y los tumores semejan el goma sifilítico,

Nuestros cuatro casos podrían ser considerados como sífilis pulmonar ya que todos ellos dan una historia clara de infección sifilítica, el esputo ha sido repetidas veces negativo por bacilo de Koch y el tratamiento específico ha producido la mejoría de los síntomas,

Manuel Larios.
Tegucigalpa, febrero de 1938.

LOS SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA DE LA CRUZ ROJA

Por el DOCTOR ANET

*Jefe del Servicio central de
Transfusión sanguínea de la
Cruz Roja belga*

El 1º. Congreso internacional de Transfusión sanguínea se celebró en París, del 29 de septiembre al 2 de octubre de 1937, patrocinado por el Presidente de la República Francesa y bajo los auspicios de un Comité compuesto por eminentes personalidades del cuerpo médico.

Presidió el Comité de Organización, el Profesor Gosset y actuó de secretario general el Dr. Anault Tzanck.

En la sesión de apertura pronunciaron una alocución el Profesor Roussy, decano de la Facultad de Medicina, el Profesor Gosset y el Ministro de Sanidad.

Cuatro Comisiones de estudios fueron constituidas y encargadas de examinar las cuestiones siguientes:

1a. *Comisión:* Los grupos sanguíneos. 2a. *Comisión:* La sangre conservada; 3a. *Comisión:* Los problemas hematológicos relacionados con la transfusión sanguínea; 4a. *Comisión:* La organización de la transfusión sanguínea.

Las conclusiones de los informes de las Comisiones de estudio se sometieron a la sesión de clausura (sábado 2 de octubre) y, después de discutir y revisar algunos puntos, fueron adoptadas por unanimidad. Estas conclusiones constituirán un guía inapreciable para todos aquellos

que se interesan por la transfusión sanguínea.

Por unanimidad también se decidió crear una Secretaría internacional *permanente* de Transfusión sanguínea, con objeto de asegurar la celebración de estas reuniones internacionales. El Profesor Gosset aceptó asumir la presidencia hasta el próximo Congreso internacional de Transfusión. Sería difícil elegir entre los excelentes informes presentados en dicho Congreso, por consiguiente, nos limitaremos a reproducir a continuación el informe preparado por el Dr. Anet delegado de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja, sobre "los Servicios de Transfusión sanguínea de la Cruz Roja". Este informe resulta tanto más interesante cuanto que varios congresistas ignoraban aun la importante contribución de la Cruz Roja en dominio. (N. d. I. R.)

En el primer Congreso internacional de Transfusión sanguínea, celebrado en 1935, tuve el honor de presentar una comunicación sobre la organización de los Servicios de Transfusión de la Cruz Roja. Creo oportuno recordar brevemente los principios, las experiencias y los resultados adquiridos por los ser-

vicios de diversas Sociedades nacionales agrupadas en la Liga de Sociedades de la Cruz Roja.

Si se tiene en cuenta que en 1935, ocho Sociedades nacionales disponían de servicios de transfusión sanguínea cuyo total era de 31 y que hoy estas Sociedades nacionales se elevan a 10 y a 57 el número de servicios, se apreciará fácilmente el esfuerzo considerable que se ha realizado desde que fue creado en Londres en 1921, el primer servicio de transfusión sanguínea.

Lo que constituye la característica de los centros organizados por la Cruz Roja es que el efectivo de los donantes y eventualmente el de los médicos especializados, está a la disposición de todos los médicos. Cada servicio tiene, por consiguiente, la misión de facultar la transfusión inmediata no sólo a un hospital o a una clínica sino a toda la población que depende de él.

El Centro de Transfusión de la Cruz Roja debe ser, por tanto, considerado como un servicio público, del mismo modo que sus servicios de socorros en carretera o sus servicios de ambulancias automóviles.

En aquellos sitios donde otros organismos han creado ya los servicios de transfusión, la actividad de la Cruz Roja se ha limitado a colaborar por medio de una propaganda activa y de un reclutamiento intenso de donantes entre sus miembros. Este es el caso, especialmente, en Francia, en Dinamarca y en otros países.

En lo que se refiere a la organización administrativa, los ser-

vicios de transfusión sanguínea dependen, generalmente, de la sección local de la Cruz Roja, que les proporciona una colaboración preciosa por su prestigio, su personal y el hecho de que frecuentemente esta sección local dispone de una clínica, de un hospital o de un edificio en el que están instalados los locales del servicio.

En cada país, se ha conseguido la uniformidad en el establecimiento de las fichas y registros así como en la entrega de las tarjetas de identidad del donante.

La organización científica está a punto, debido a que cada servicio se ha asegurado la colaboración de un personal médico experimentado dirigido al mismo tiempo por un comité de personalidades científicas muy competentes.

Desde el punto de vista práctico, la organización de los servicios de transfusión de la Cruz Roja está muy bien concebida. Algunas Sociedades nacionales han constituido un cuerpo de donantes voluntarios que no aceptan ninguna remuneración; otras, han juzgado preferible concederles una retribución moderada y otras, por último, han adoptado un sistema intermedio que consiste en retribuir a algunos donantes. Esta diversidad se explica por la diferencia de mentalidad de un país a otro, pero es indudable que, en todos los casos, los servicios de transfusión han conseguido asegurarse la colaboración de donantes desinteresados cuya mayoría pertenecen a esferas sociales que no tienen más móvil que el de la abnegación.

Más adelante demostraremos que la organización de los servicios de la Cruz Roja evita la creación de donantes "profesionales" cuyo único fines el interés o—lo que es peor todavía—cierta publicidad.

La Cruz Roja ha llegado a constituir donantes de primera categoría, desinteresados, plenamente conscientes de sus deberes y muy respetuosos de la disciplina que impone el servicio. Las estadísticas de llamamientos urgentes muestran que, en un servicio que tenga un radio de acción de 10 kms, el donante tarda, como término medio, 10 minutos en presentarse en el lugar de la transfusión. Este plazo es de 10 a 20 minutos cuando se trata de servicios que tienen un radio de acción más extenso o en los grandes centros urbanos donde la intensidad del tráfico constituye un verdadero problema. Algunos servicios han resuelto la cuestión utilizando ambulancias automóviles para el transporte del donante, con lo que se ganan unos minutos gracias a los timbres de alarma de que están dotados estos vehículos.

Si el buen funcionamiento de los servicios de transfusión de la Cruz Roja debe ser mencionado, nos parece oportuno también llamar la atención del cuerpo médico sobre ciertos inconvenientes, no para el enfermo ni el centro de transfusión, sino para el donante.

Estos inconvenientes resultan del principio de organización según el cual el donante debe ponerse a la disposición de todos

los médicos. En efecto, se puede calcular que, del conjunto de los servicios de la Cruz Roja, el 85 por ciento de las transfusiones son efectuadas por médicos que no pertenecen a los centros de la Cruz Roja. Esto no quiere decir que pongamos en duda la habilidad de estos médicos, todo lo contrario. Por otra parte, hablando jurídicamente, esta cuestión no nos interesa puesto que en cuanto el donante se encuentra en el lugar de la transfusión se halla bajo la responsabilidad del médico transfusor. Prácticamente hablando, debemos señalar, en cambio, que con harta frecuencia por muy competente que sea el médico transfusor descuida a veces detalles que tienen una gran importancia para el funcionamiento del servicio. Sucede, que el material para la toma de sangre no está siempre impecable, que las agujas están despuntadas y que se debe proceder a múltiples punciones, que un donante se haya presentado para una transfusión urgente y que se le haga esperar sin explicarle las causas del retraso y, por último, aunque el médico considere ante todo el bien de su enfermo no debe descuidar por ello al donante a quien hay que atender y con quien se deben tener ciertas consideraciones.

Me apresuré añadir que, en la mayor parte de los casos, el donante suele quedar satisfecho y que los hechos mencionados se han producido sobre todo al principio. Las excelentes relaciones de los médicos de la Cruz Roja y de su personal con los demás especialistas han permitido siempre allanar estas peque-

ñas dificultades. Las indicamos con objeto de llamar la atención de aquellos que tienen el propósito de crear nuevos servicios, pues no hay que olvidar que uno o dos incidentes desgraciados pueden ser un obstáculo serio para una eficaz propaganda de reclutamiento de donantes. Señalaremos por último, que los servicios de la Cruz Roja poseen siempre uno o varios aparatos de transfusión reservados para los casos de extrema urgencia.

Existen diferentes tipos de servicios de transfusión según los países. Unos, y éstos constituyen la mayoría, centralizan los servicios administrativos y médicos (permanencia, examen del donante, laboratorio) en un mismo local. Los otros, a pesar de tener una permanencia y un servicio administrativo, confían el examen a los donantes y los análisis a los médicos de un hospital. En ciertos sitios, además de un servicio completo, se han creado, en las pequeñas aglomeraciones, secciones secundarias que dependen del servicio principal para el examen del donante y de los análisis.

Generalmente, uno o dos médicos, un secretario y, con frecuencia, una enfermera se encargan del servicio; suelen estar secundados por el personal voluntario de la Cruz Roja.

He aquí la forma en que se efectúan el reclutamiento, el examen físico y la vigilancia de los donantes. Un interrogatorio muy completo sobre los antecedentes hereditarios y personales del donante, un profundo reco-

nocimiento médico, un examen detenido de las venas del codo y, en caso de duda, hasta una radioscopia de los pulmones, constituyen la primera prueba del candidato. Los donantes de ambos sexos pueden ser admitidos y los límites de edad son de 20 a 60 años.

La determinación del grupo sanguíneo se practica según los métodos empleados por los diferentes servicios. Habiendo presentado un informe sobre este punto, en lo que se refiere a los servicios belgas de transfusión sanguínea, juzgamos preferible no tratar aquí esta cuestión demasiado importante para ser resumida brevemente. Por otra parte, dicha cuestión ha sido estudiada por la Comisión de grupos sanguíneos en el I.º Congreso. Diremos únicamente que sea cual fuere el método empleado, se dedica un cuidado especial a estas determinaciones y que un laboratorio diferente o el mismo servicio practican invariablemente exámenes de control. Ningún error de determinación de *grupo* ha sido señalado.

La preparación de los "sueros-tests", salvo en dos excepciones, está siempre a cargo de un médico del servicio. Estos sueros no se emplean más que para las necesidades del servicio. Indicaremos, sin embargo, que el servicio de Londres procura, por medio de una casa especializada, "sueros-tests" de alto poder aglutinante. Esta decisión fue adoptada a causa de los frecuentes errores de determinación provocados en el enfermo por médicos que aplicaban

sueros comerciales. Observemos, de paso, que los sueros que procura el servicio de Londres son de un precio muy inferior, pues los suministra a precio de coste. El peligro, de utilizar ciertos "sueros-tets", comerciales está por otra parte, indicado por la mayoría de nuestros colaboradores en los diversos servicios de transfusión sanguínea.

La reacción de Bordet-Wassermann se practica, como es natural, invariablemente y, a menudo, con una de las reacciones de floculación corrientemente utilizadas para el sero-diagnóstico de la sífilis.

Mientras todos los servicios de transfusión proceden a la enumeración de los glóbulos (rojos y blancos) y a la dosificación de la hemoglobina, otros completan estas investigaciones con la lectura de la sedimentación globular, fórmulas leucocitarias y dosificación de la urea sanguínea, etc.

En lo que se refiere a la orina, por último, se practica el análisis cualitativo, albúmina y azúcar, y, en ciertos casos, análisis de cantidad (fosfatos, cloruros o urea).

También se somete a los donantes a una vigilancia periódica. La mayor parte de los servicios de transfusión sanguínea han fijado en 500 cc. la cantidad máxima de toma de sangre por trimestre. Estos servicios examinan, por consiguiente, a los donantes cada tres meses y los inscriben en las listas con objeto de que sean llamados para la transfusión lo más pronto posible después del reconocimiento trimestral. Una Sociedad de Cruz Roja que no utilice sino

donantes voluntarios les deja una cierta libertad en la elección de fechas en que debe efectuarse el reconocimiento de control. Son también libres de inscribirse para una o varias transfusiones al año. Consideramos personalmente que el reconocimiento trimestral obligatorio no sólo constituye una medida de seguridad indispensable sino que permite también al médico del servicio conocer verdaderamente a sus donantes, tanto desde el punto de vista médico como personal.

En ningún servicio de transfusión de la Cruz Roja se ha dado el caso de que un donante haya sido separado del servicio por causas atribuibles a las tomas de sangre.

Esta vasta experiencia, efectuada en diez países diferentes, nos permite precisar el límite de 500 cc. por trimestre como un *término medio* excelente que puede ser adoptado por todos los donantes. Insistiremos sobre el hecho de que este modo de proceder suprime, tratándose de donantes retribuidos, la tentación de que prevalezca el interés a la abnegación.

El 31 de diciembre de 1936, el efectivo de donantes de los cuatro grupos sanguíneos en los 57 servicios de la Cruz Roja era de 5.550.

A éstos hay que añadir, en ciertos países, un contingente de donantes de reserva cuyo grupo sanguíneo ha sido consignado en un registro de matriculación, y que no deben utilizarse más **que** en caso de catástrofe o de guerra.

En 1936, estos 5.550 donantes se han prestado a 7.950 transfusiones.

La organización de los servicios de transfusión sanguínea de la Cruz Roja no nos permite dar, actualmente, estadísticas exactas sobre las indicaciones y los resultados de las transfusiones efectuadas.

Debido al número elevado de especialistas que utilizan los donantes de la Cruz Roja, los servicios no pueden siempre conocer el diagnóstico justo y los resultados obtenidos.

La mayor parte de los médicos de la Cruz Roja tratan de conseguir, sea personalmente, sea por medio de fichas especiales redactadas por el médico transfusor, datos precisos.

Abrigamos la esperanza de que, en un próximo futuro, podamos centralizar, en la Secretaría de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja, las estadísticas anuales así como un servicio de transfusión sanguínea de la Cruz Roja.

Conclusiones

Las Sociedades nacionales de la Cruz Roja han podido organizar, en pocos años, un número importante de centros de transfusión concebidos como *un*

verdadero servicio público y se esfuerzan en constituir un cuerpo de donantes seleccionado y proporcionado con el radio de acción de cada servicio.

Reconociendo que la acción de la Cruz Roja en la espera de esta actividad es todavía relativamente reciente en numerosos países, un estudio del funcionamiento de sus servicios de transfusión demuestra sin embargo, en forma incontestable, que ya¹ ha vencido la era de las experiencias para entrar en la de las realizaciones.

Los especialistas agregados a los servicios de transfusión de la Cruz Roja, conscientes del apoyo tan generoso y de la colaboración tan eficaz que las Sociedades nacionales de la Cruz Roja proporcionan a la creación y sostenimiento de estos centros, ruegan al II^o Congreso internacional de Transfusión se digne aprobar sus realizaciones y que considere si no sería conveniente formular el voto de que "dado su prestigio, su absoluta neutralidad y su competencia, se estimule a otras Sociedades nacionales de la Cruz Roja para que creen, conforme al tipo existente, nuevos y numerosos centros de transfusión" .

Corea de Sydenham

En más de cuatro años de estar a nuestro cargo uno de los servicios de Medicina del Hospital San Felipe, hemos tenido ocasión de observar solamente tres casos de COREA DE SYDENHAM (Corea Infantil, Corea Menor. Baile de San Vito, etc.), lo que demuestra la poca frecuencia de esta afección nerviosa entre nosotros. De ahí que consideramos interesante relatar, por lo menos una de tales observaciones en la Revista Médica Hondureña.

El caso en cuestión es el siguiente: J. J. H., muchacho de 8 años de edad, originario de la aldea de Jacaleapa, ingresa al servicio de Medicina de Hombres el día 26 de enero de 1938, quejándose de movimientos desordenados, generalizados a todo el cuerpo e interezando principalmente las extremidades superiores e inferiores.

La historia de la enfermedad es de las más sencillas: Refiere la madre del enfermo, que hace 17 días le aparecieron los mencionados movimientos en el miembro superior derecho, con menos intensidad que la fecha de la exploración. Dicho trastorno lo atribuyeron a MALA COSTUMBRE del niño, pero luego fueron notando la generalización de los movimientos, al mismo tiempo que se hacía imposible la bipedestación y la marcha. Se notó además, desde el principio, dificultad de la pala-

bra, llegando a hacerse imposible después; hubo trastornos de la deglución e insomnio. Este cuadro se instaló en el término de 5 días, sin ninguna manifestación febril; y así con esas características relatadas tuvimos oportunidad de contemplarlo el día de su ingreso al hospital.

En la anamnesis lejana encontramos: Sarampión y tos ferina a los 2 años de edad; erisipela de la pierna derecha en varias ocasiones y dos meses antes de la enfermedad actual, artralgias localizadas en ambas rodillas, sin acompañarse de aparentes fenómenos inflamatorios.

Entre los antecedentes hereditarios, es de notarse el temperamento neuropático de la madre, quien ha tenido cinco partos normales.

Al practicar la exploración clínica, nos encontramos con un niño que representa realmente la edad declarada; está en decúbito supino, el cual varía constantemente debido a movimientos involuntarios e ilógicos que afectan el tronco, las extremidades, los músculos de la cara, siendo la lengua proyectada hacia adelante con frecuencia, siéndole imposible al enfermito contestar las preguntas que se le formulan a pesar de estar indemne su estado mental. Los movimientos se acentúan al practicar cualquier acto exploratorio; con motivo de la más leve excitación.

Así pues, nos fue imposible verificar desde el primer día el examen metódico del sistema nervioso, como era de rigor, pudiendo comprobar solamente una acentuada hipotonía muscular. Sin embargo, por lo características de los movimientos, el modo de instalarse el cuadro clínico, la edad del enfermo, el terreno neuropático de la madre y la considerable disminución del tono muscular, formulamos desde el primer momento el diagnóstico de COREA DE SYDENHAM con carácter de provisional, por aquello de lo incompleto del examen; pero dos o tres días después, que la agitación disminuyó, hubimos de ratificar nuestro diagnóstico, pues no encontramos otra alteración somática del sistema nervioso que nos llevara a confusión en el diagnóstico diferencial.

El tratamiento consistió en primer lugar, en prescribir el régimen lácteo que fue después mitigándose, ordenóse el acondicionamiento de un lecho para evitar que el enfermito, quien ya presentaba algunos traumatismos infectados, continuara lesionándose. El tratamiento medicamentoso consistió en la administración de luminal y baños calientes, luego salicilato de sodio. Nos fue imposible, dadas las condiciones de nuestro medio hospitalario, practicar el aislamiento del enfermo, que es una medida fundamental en el tratamiento de esta afección.

Los otros casos observados, a los cuales he aludido al principio, presentaron análoga sintomatología y encontramos también entre sus antecedentes lejanos, la historia de dolores ar-

ticulares que despiertan inmediatamente la idea de REUMATISMO ARTICULAR.

La evolución de estos casos ha sido favorable, pues los enfermos han abandonado el hospital sin los síntomas molestos que presentaban a su ingreso, notándose únicamente cierta dificultad en la marcha. Ignoramos si a la fecha ha ocurrido alguna recidiva o se ha operado la curación. El último caso, que es el relatado en este trabajo, permanece aún bajo nuestros cuidados y su evolución es también favorable a pesar de haber sido el que se presentó con caracteres de mayor agudeza.

Aún cuando la experiencia de tres casos no es una base suficiente para sentar conclusiones que tengan un alcance científico trascendental, podemos decir lo siguiente:

1°. —La teoría de Germán se, en la cual se establece una relación directa entre la Corea y el Reumatismo Articular, parece evidente en los enfermos observados por nosotros.

2. —Nuestro medio hospitalario no es adecuado para el tratamiento de esta afección, puesto que no se puede cumplir con el requisito indispensable del aislamiento del enfermo y quizá la evolución del mal se prolongue más de lo que es debido por tal motivo.

3. —El luminal unido a los baños calientes prestan grandes servicios, sobre todo cuando la enfermedad alcanza su período de mayor agudización.

4°. —Entre las enfermedades nerviosas de la infancia que más necesitan de divulgación científica, principalmente entre los

LA TUBERCULOSIS INFANTIL

Dr. Hermilo L. Castañeda.

N. de la R.—El autor del presente trabajo es Director del Centro de Asistencia Social Infantil "Juan María Rodríguez" de la ciudad de México.. Reproducimos este notable trabajo porque en él expone su autor, de una manera admirablemente clara y concisa a la vez, los conceptos moderno sobre la tuberculosis infantil, piedra angular sobre que descansa toda lucha antituberculosa. Las ideas que expresa aunque se refieran a México pueden bien ser aplicables al nuestro país, por lo que creemos será de interés su lectura para los médicos hondureños. — {De la Revista Mexicana de Puericultura}.

Durante mucho tiempo el conocimiento de la tuberculosis infantil se redujo al de las formas muy avanzadas del mal y al de su anatomía patológica, como consecuencia de los hallazgos de autopsias. Cada adelanto en el estudio y conocimiento de la tuberculosis del adulto, ha motivado un aumento en los recursos de identificación y de tratamiento del mal, en la edad infantil. Fue Laenec, quien estableció los elementos fundamentales del diagnóstico clínico en relación con las alteraciones anatómicas; Koch, con su descubrimiento del agente patógeno en 1882, dio un impulso vi-

goroso al estudio de este problema; Villemin ratificó el concepto de la unidad y contagiosidad tuberculosas; Roentgen, con la introducción de los rayos X, ha contribuido vigorosamente al esclarecimiento de los problemas clínicos; Von Pirquet, con el descubrimiento de su reacción en 1907, dio un paso decisivo en la identificación de los infectados alérgicos; el descubrimiento de Pontes en 1910, del virus **fiat** trable, dio un novedoso interés al estudio etiológico; la vacunación por el B. C. G, de Calmette y Guerín, por su trascendencia en la profilaxis del mal ha despertado el interés y discusión

Maestros de Instrucción Primaria y padres de familia, debemos mencionar la COREA INFANTIL; para iniciar su tratamiento lo más pronto posible y evitar su agravación por los castigos que en muchos casos se ha impuesto a los niños enfermos, cuando su inquietud y falta de atención en la escuela es inter-

pretada como mal comportamiento.

Tegucigalpa. 14 de febrero de 1938.

NOTA.—Los exámenes de Laboratorio no reportaron, en ninguno de los casos citados, datos de importancia.

mundiales; el concepto de Lumiere sobre la no contagiosidad del mal, provoca en el mundo entero apasionadas controversias y enconados debates. Como puede advertirse por esta ligera enumeración de problemas, casi no hay capítulo de la infección fímica infantil que no esté sujeto a revisión. Cada sector de su estudio pasiona y entusiasma.

El estudio de la tuberculosis infantil en México, especialmente en la primera infancia y en sus formas no externas, está por hacerse; se desconoce la proporción de infectados, se ignora el número de enfermos, no se saben las formas clínicas dominantes, no se realiza labor profiláctica alguna, carecemos de toda colocación familiar, preventorio, sanatorio y continuamos, con nuestra vergonzosa falta de un Hospital Infantil.

En el problema de la tuberculosis infantil en México existe, nos lo demuestra con elocuencia manifiesta el hecho de que tan solo en el Centro de Asistencia Infantil "Juan María Rodríguez," he podido encontrar, durante mi atención como Director del mismo, más de un centenar de tuberculosos en la primera infancia. Que la resolución de este problema es urgente y necesario nos lo pone de manifiesto el hecho, que en la inmensa mayoría de estos casos, se ha comprobado en ellos la existencia de foco bacilífero de hogar, y que a pesar de ello siguen estos insectos conviviendo este ambiente, abandonados a su propia suerte.

Si es ésta la situación en la capital de la República, es de pensarse, justificadamente, que

el problema sea aun mayor en nuestros, extensos y descuidados litorales donde el clima, paludismo y parasitosis intestinales deben darle una fisonomía especial y caracteres de mayor gravedad.

Son tantos y tan amplios los capítulos que hay que comprender en el estudio de la tuberculosis infantil, que sólo me concretaré a tocar, muy superficialmente, algunos de los más interesantes.

Gérmenes de la Tuberculosis

Hasta el año de 1910 fue universalmente aceptado y reconocido que el bacilo ácido resistente de Koch era el germen productor de la tuberculosis; en esta fecha Fontes, de Río Janeiro, indicó que las granulaciones de Much pasan a través del filtro de Berkefeld, y que el filtrado del pus tuberculoso inoculado al cuyo, provoca la aparición de lesiones tórpidas en donde el bacilo se pone en evidencia. En 1923, Calmette confirmó esta observación por inoculación de filtrados procedentes de 26 niños nacidos muertos o rápidamente fallecidos, hijos de madres tuberculosas, obteniendo 20 resultados positivos. De sus experimentaciones llegó a la conclusión de que el bacilo ácido resistente no es el único agente virulento sino que existen otros, juntos a él, cuyo conjunto constituye el virus completo, compuesto en formas diversas, ácidos resistentes o no, de las que una de las más curiosas es el virus invisible, filtrable, que es capaz de atravesar la placenta e infectar al niño.

De *estas* experiencias y otras muchas como las de Vaudremer, Valtis y otros, debe aceptarse en el estado actual de nuestros conocimientos, que la forma bacilar, acida resistente, del germen tuberculígeno no es la única forma de infección de la tuberculosis.

Herencia y Contagio

Para la debida estimación de estos factores, tratándose de tuberculosis infantil hay que tener en consideración que está perfectamente comprobada la existencia de la tuberculosis ingénita; que se ha dado incluso el caso de un niño tuberculoso nacido por cesárea; que la literatura mundial relata 123 casos perfectamente comprobados de niños que al nacer, venían tuberculosos. Que la tuberculosis ingénita existe, ya no se discute. También es verdad que no todo nacimiento ingénito es hereditario. La transmisión concepcional o sea la incorporación del germen patógeno en las celdillas fecundante o fecundada está francamente descartada de las posibilidades biológica. En cambio la contaminación sí puede ser perfectamente realizada por contagio intrauterino, por un foco caseoso placentario que al romperse infecta el líquido amniótico y de allí, el organismo infantil. También es posible el contagio a través de la placenta por las formas filtrables del virus.

Hasta la fecha no se ha encontrado un solo caso de un feto menor de cuatro meses que sea tuberculoso. (Morquio.) Los resultados tan demostrativos de la fundación Grancher que evita la infección tubercu-

losa de los niños, hijos de tuberculosos, separándolos del foco de contagio, apoyan el concepto del contagio extrauterino.

Las pruebas tuberculinas son negativas en el recién nacido y su positividad aumenta con la edad.

Lumiere, el paladín del concepto hereditario en la tuberculosis, acepta el contagio del mal, en tratándose del niño. Durante muchos años rigió como una; verdad el aforismo de Peter "El hijo del tuberculoso no nace tuberculoso, nace tuberculizaba," aceptando con ello una heredo predisposición al mal. Los resultados indiscutibles de la colocación familiar y de la obra Grancher, parecen negar la verdad de esta aserción.

Sin negar la posibilidad, rara, de la tuberculosis ingénita, debe aceptarse, ante los resultados de la observación y de la experiencia, que lá tuberculosis infantil es el resultado, en la inmensa mayoría de los casos de un contagio extrauterino por el bacilo ácido resistente de Koch.

La existencia de una heredo inmunidad en los hijos de madre tuberculosa, como lo sostienen Sabourin y Calrnette, es un problema muy discutido, existiendo argumentos en pro y en contra, está todavía en el tapete de las discusiones. ¿No se tratará en estos casos más bien de una infección pauci-bacilar atenuada, que confiera una inmunidad relativa de super infección al modo del B. C. G.?

Vías de Penetración del Germen en el Organismo Infantil Está generalmente aceptado que de las vías de penetración.

es la aereógena la más frecuente, siguiéndole la digestiva; *son* excepcionales la cutánea, amigdalina y conjuntival. La proporción de infección por vía digestiva es variable en los distintos países y en relación con los cuidados en la producción y manejo de la leche.

Si se tiene en consideración que en la ciudad de México el control tuberculínico del ganado es muy deficiente, que no toda la leche se pasteuriza, que la pasteurización como se ha realizado hasta la fecha, en nuestro medio, no asegura su esterilización; que la leche hierve en la ciudad de México a 92 grados centígrados, que frecuentemente se toma la "subida" de la leche (80) como que ya ha hervido y que muchas personas ingieren la leche cruda y que en un gran número de lactantes con Cuti-reacción positiva no se encuentra lesión primaria torácica, debe pensarse que la vía digestiva representa en nuestro medio, proporción mayor que la hasta ahora considerada.

¿Una vez que el bacilo ha penetrado en el organismo infantil, cómo se desenvuelve su acción, en relación con los fenómenos clínicos?.

Considerando el problema desde este punto de vista y partiendo de la afirmación categórica de Parrot en 1876, de que la tuberculosis en el niño se inicia casi siempre en el pulmón y de que ésta provoca siempre una adenopatía en el territorio linfático correspondiente, deben mencionarse los dos conceptos fundamentales:

El concepto alemán de Ranke comprende:

I. Período. —La primo infección ganglio pulmonar localizada, con alergia esclerosante, en el que el chancro de inoculación está constituido por un foco de pulmonía miliar que se transforma más tarde en un foco fibroso, cretáceo, encapsulado; hay poca reacción inflamatoria ganglionar y tendencia a la esclerosis cicatricial. La primo infección puede quedar así toda la vida; puede despertarse más tarde y dar lugar a una tuberculosis evolutiva o bien franquear la barrera ganglionar y provocar una generalización hematógena.

II Período. —De generalización bacilar y de hipersensibilidad alérgica. En este período existe una hipersensibilidad acentuada a las toxinas bacilares por lo cual resultan inflamaciones más extensas y profundas. Pueden observarse, generalización miliar, tuberculosis, osteo articular, meningitis, etc. La marca depende de la cantidad e intensidad de la infección. Este estado comprende lesiones productoras y exudativas.

III Período. —De tisis localizada, aislada, con alergia decreciente e inmunidad histógena. En este período la lesión progresa por propagación de contigüidad, por crecimiento excéntrico, no se generaliza, no tiene repercusión ganglionar y no hay reacciones locales de hipersensibilización.

Bien entendido que estos periodos no son en absoluto independientes ni se suceden con regularidad esquemática; por el contrario, frecuentemente en la práctica se superponen y combinan.

2° —Concepto de la escuela francesa.

La escuela francesa sólo considera dos fases:

I. —La primo infección que se termina o por la muerte o por curación clínica y que comprende: a) el período ante-alérgico; b) el período alérgico y c) la terminación.

II Fase. —La infección o super infección. En esta fase la tuberculosis ha perdido su tendencia a la generalización y se manifiesta por localizaciones, especialmente pulmonares.

Existen formas de transición y formas mixtas.

Las infecciones pueden ser endógenas o exógenas.

De estos distintos conceptos en la forma, pero idénticos en el fondo debe entenderse la implantación aislada o múltiple del bacilo de Koch virulento en los tejidos, antes de haber sido éstos sensibilizados por las proteínas bacilares. Por super infección o reinfección debe entenderse la implantación de los bacilos virulentos en tejido ya sensibilizado por las proteínas bacilares.

De la lucha entre el agente agresor y las defensas orgánicas, resultan los síntomas del mal y sus respuestas biológicas que, identificados correctamente, ponderados con inteligencia y calificados con juicio, llevan a la edificación del diagnóstico.

¿Cuáles son los recursos clínicos que en la tuberculosis infantil conducen al diagnóstico y cuál es su jerarquía según las edades?

Desde luego, es el interrogatorio, el primer elemento que orienta la investigación y despierta la sospecha. La convi-

vencia del niño con personas tuberculosas sean o no familiares,, la existencia de un estado de desnutrición crónica rebelde a todo tratamiento dietético, por más de un año; los cuadros bronquíticos febriles de repetición, con agravación creciente en cada ataque; en las complicaciones atípicas del sarampión y la coqueluche; en los derrames pleurales sero fibrinosos; en el eritema nudoso, queratitis flictenular recidivante; en la espiña ventosa y en las otitis crónicas con fístulas huesosas, debe obligar la investigación cuidadosa de la infección fímica.

Tratándose del lactante en el que la exploración física es difícil y su indocilidad la regla, el orden jerárquico en que a mi juicio deben agruparse los recursos diagnósticos, es el siguiente:

- 1°. —Las pruebas tuberculinas.
- 2°. —La investigación de foco de contagio en el hogar.
- 3°. —El estudio radiológico.
- 4°. —Los exámenes de Laboratorio.
- 5°. —La exploración física y
- 6°. —Las autopsias.

La prueba tuberculínica con que debe iniciarse toda primera investigación debe ser, en nuestro medio, la Cuti-Reacción de Von Pirquet. La intradermo reacción de Mantoux, con sus distintas dosificaciones y variedades deberá reservarse para aquellos casos en que ya conociendo al niño y sabiendo que la Cuti fue negativa, haya elementos clínicos que hagan subsistir la sospecha de su naturaleza tuberculosa.

En el niño pequeño la prueba de la Cuti-reacción debe ser practicada de manera sistemática ya que según Joannon y Debré hay entre los niños de esta edad, un 16 % de tuberculosos floridos, en los que la enfermedad no se traduce absolutamente por algún otro dato que por su respuesta positiva a estas pruebas-Las razones que existen, en nuestro medio, para preferir, en una primera búsqueda la prueba de Von Pirquet a las de Man-toux y de Moro, son las siguientes: por su sencillez y semejanza en su técnica con la vacunación antivarioloso que hacen que a las madres desconfiadas y precavidas, no les sorprenda su ejecución; cuando el resultado es negativo, la madre sólo piensa que no le "prendió," cuando es positiva no les sorprende tampoco ver en el resultado de la prueba la rubicundez, la pápula y por excepción la flictena, que ni con mucho alcanzan los caracteres de congestión, infiltración, pápula, pústula y costra que están acostumbradas a ver, ya sin temores, en los resultados positivos de la vacunación antivariolosa.

2°. —Por su inocuidad absoluta, ya que la ausencia de reacciones locales y generales, no hace peligrar en algo al niño; lo que no acontece, cuando siendo tuberculoso el niño, se practica la intradermo reacción.

3°. —Por ser poco dolorosa y de alcance de cualquiera.

4°. —Por no tener que hacerse ningun manejo, ni dilución alguna con el producto antes de usarse.

5°. —porque con el método de fricción, si es verdad que no se hace sufrir al niño, la ejecución de una maniobra exótica sorprende a las madres y casi no habrá alguna que no pregunte el objeto y finalidad de la misma; por otra parte, no es posible dosificar la absorción en un organismo del que se desconoce tanto que aun se ignora si es o no tuberculoso y es, precisamente este el momento menos propicio a cualquier atrevimiento.

6°. —La experiencia mundial en la Cuti-reacción se ha hecho, siempre con la antigua tuberculina de Koch, se ha practicado con técnica semejante y hay reglas claras de interpretación de los resultados; de estas circunstancias deriva que los datos que con ella obtengamos, puedan ser comparados con los obtenidos en otros países.

Si importancia grande tienen los resultados positivos de las pruebas, no menores son los negativos. Hay tres circunstancias en que a pesar de estar infectado el organismo, las pruebas son negativas:

1°. —En el período ante-alérgico. —En estas condiciones la práctica reiterada de la prueba cada quince días llegará a dar el convencimiento de la duración de este período, de gran importancia para el pronóstico.

2°. —Período enérgico en el curso de algunos estados patológicos que inhiben la sensibilidad a la toxina tuberculosa como son el sarampión, la tifoidea, la influenza epidémica y otras enfermedades y

3°. —Estados terminales en los que las defensas están agotadas.

Fuera de estas circunstancias el resultado negativo y reiterado de las pruebas es el argumento más formal, en contra de la naturaleza tuberculosa de un padecimiento. Esta afirmación conserva todo su valor aun tratándose de adultos. Sucede que con alguna frecuencia se formula diagnóstico de tuberculosis pulmonar sin recurrir a las pruebas tuberculínicas porque en virtud de signos clínicos y Roentgenológicos, se considera aquel indudable. Este proceder ha dado lugar a errores comprobados. Cuando a un adulto se le diagnostica tuberculosis pulmonar y las pruebas son negativas, en ausencia del bacilo en el esputo, debe volverse a repasar el diagnóstico con nueva presentación pensando siempre en amibiasis, sífilis o micosis.

Las pruebas tuberculíneas son el único recurso para resolver el caso de supuestos contagios por contactos con tuberculosos. ¿Cuántas veces nos encontramos en la necesidad de saber con certeza, si uno o varios niños de una familia, que han vivido o tenido contacto con un tuberculoso en forma accidental o prolongada, están o no contaminados? La prueba tuberculínica resuelve el problema de manera absoluta y definitiva. Si es positiva, ha habido contagio; si negativa, el niño está indemne del mal. En este caso hay que repetir las pruebas hasta dar tiempo que el período antialérgico haya terminado.

La proporción de niños que responden positivamente a la prueba cutánea en la Ciudad de México es la siguiente según nuestras observaciones:

Cuti-reacciones de Von Pirquet, Comprobadas en los Centros de Asistencia Social Infantil, de la Ciudad de México

<i>E D A D</i>	<i>Nº de Casos</i>	<i>Porcentaje de Posit.</i>
Del nacimiento a 1 año	11.036	1.59%
De un año un día a dos años	2.087	4.65%
De dos años un día a tres años	164	10.98%
De tres años un día a cuatro años	283	14.84%
De cuatro años un día a cinco años	297	17.85%
De cinco años un día a seis años	239	15.60%
De seis años un día a siete años	25	20.00%
TOTAL	14.131	

Los resultados obtenidos practicando igual prueba en las Delegaciones de Xochimilco, Villa Obregón, Ixtapalapa e Ixtacalco, son los siguientes:

<i>E D A D</i>	<i>Nº de Casos</i>	<i>Porcentaje de Posit.</i>
Del nacimiento a un año	1.471	0.0%
De un año un día a dos años . .	509	0.20%
TOTAL	1.980	

Como puede advertirse, existe una diferencia muy acentuada del grado de contaminación en el medio urbano y el semiurbano y rural.

Por estas cifras puede notarse que la infección existe en nuestro medio desde el primer año; que la proporción de infectados va en aumento conforme avanza la edad, y que el grado global de infectados es en grado menor que en otras ciudades de igual importancia.

Existe la afirmación de que las pruebas tuberculíneas no tienen valor en la edad adulta porque se dice que en las grandes ciudades el número de personas que responden positivamente a aquellas son un 98%. Es esta una afirmación que tal vez pueda ser verdad en otras partes pero que en absoluto deja de serlo en la ciudad de México. Desde hace algún tiempo hemos venido practicando Cu ti-Re acciones a toda madre que nos lleva a consulta por primera vez a su niño al Centro "Juan María Rodríguez" y los resultados obtenidos nos permiten afirmar que por lo menos en un 30% de casos los resultados son negativos. Debe existir en los adultos de la ciudad una relativa frecuencia de primo-infecciones.

La investigación de foco de contagio. —Tratándose de lac-

tantes, en los que sus capacidades de traslación son tan limitadas, esta investigación es de capital importancia tanto para el diagnóstico como para el pronóstico y profilaxis. Esta investigación debe realizarse de manera sistemática en todo niño de primera infancia con Cuti Positiva. Para lograr obtener fruto de ella es necesario que la persona encargada de hacerla proceda con la discreción y tacto que el caso necesita. Era de regla, en nuestro medio, que cuando una enfermera del Departamento de Salubridad llegaba al domicilio de una persona que se sabía tuberculosa, se le recibiera de mala manera y se le negaran toda clase de datos ante el temor de que el paciente fuera internado en un establecimiento oficial. Para contrarrestar esta oposición es necesario que la enfermera sepa captarse la confianza de los familiares y para lograrla es conveniente no abordar de lleno y desde el principio, el problema capital de su visita.

Para facilitar esta investigación he formulado una hoja de búsqueda de foco de contagio en la que constan los datos salientes del problema y ordenados en tal forma que, facilitando el trabajo de la Visitadora, van dando una gradual profundidad a su labor inquisitiva.

Investigación Social en Niños Culi-Positivos
Centro de Asistencia Social Infantil
"Juan María Rodríguez"

Número de registro.....Fecha.....
 Nombre del niño
 Nombre de la madre

	* tipc			
	* Particular	Núm. de	"Viviendas"	Condiciones
Domicilio	+ Huéspedes	pisos		de la casa"
	* Vecindad			
	* Jacal			

Excusado.—General o particular (Cuántas familias)
 Al corriente

Piezas	Orientación	Dimensiones	Paredes	Techos	Pisos	Ventanas
--------	-------------	-------------	---------	--------	-------	----------

Recámaras
 Sala
 Comedor
 Cocina

Situación económica de la familia:

Renta
 Gastos
 Vestido
 Diversiones
 Vicios
 Ingresos
 Situación moral de la familia

Foco de contagio

1º—Intra-familiar con vida en común (madre, tías, padres abuelos, hermanos, cuñados).

2º—Extra familiar con vida común (Patrones, criados, amigos, vecinos).

3º—Intra-familiar sin vida en común (parientes que sin vivir en familia visiten o sean visitados por la familia del niño).

4º—Extra familiar sin vida común. Amigos de la casa. Padrinos.

Contagiante.—Duración de contacto
 Intensidad del contacto
 Gravedad del contacto
 Si falleció? Cuánto tiempo hace?

Recomendamos a la enfermera que siguiendo los instructivos de la hoja, inicie su labor por el estudio de las condiciones sanitarias de la habitación solicitando informes acerca de las condiciones de los excusados, lavaderos, fregaderos, drenaje, agua potable, etc.etc.; de las dimensiones, condiciones de iluminación, ventilación y material de la construcción. Recorriendo toda la casa, puede encontrarse con alguna persona sospechosa y entonces iniciar prudentemente su labor fundamental. Tratándose de enfermeras no especializadas todavía en este trascendental trabajo, les hemos recomendado observen e inquieren sobre las localizaciones tuberculosas más accesibles a ser sospechosas sin exploración clínica: la pulmonar, ganglionar o huesosa. Como es de regla que cuando existe una infección de esta índole, las familiares directos del paciente atribuyen la causa del mal a los familiares políticos, es útil y así recomendamos a la enfermera, investigue los antecedentes patológicos del esposo con los familiares de la mujer y los de ésta, con los del marido. Reccogiendo informes de ambos lados y después de una justipreciación de ellos, pueden obtenerse valiosísimos datos.

La investigación, ya en concreto, deberá hacerse buscando:

- 1°. —Foco de contagio intra familiar, con vida en común;

- 2°. —Foco de contagio extra familiar, con vida en común;

- 3°. —Foco de contagio intra familiar, sin vida en común,

y

- 4°. —Foco de contagio extra familiar sin vida en común.

Como es fácil comprender, el peligro de contagio y de sobre infección es mayor cuanto más intenso sea el contacto. La gravedad deriva más de la persistencia e intimidad con el contagiante que de su parentesco de **sangre**.

Dadas nuestras costumbres, el peligro es muy grande, cuando un enfermo con mal avanzado ya no trabaja y permaneciendo casi constantemente en el hogar, se le confía la labor, poco fatigante de "entretener al pequeño."

Debe confiarse, grandemente de los abuelos, ancianos y viejos tosedores, bronquíticos crónicos, que sin manifestaciones clínicas ostensibles son frecuentemente diseminadores de bacilos. Este grupo de personas son también de las que más contacto tienen con los niños pequeños, lactantes y pre-escolares. En algunas ocasiones hemos llegado al conocimiento de una persona adulta enferma, foco infectante hasta entonces ignorado, por el resultado positivo de una prueba tuberculínica en algún niño que ha convivido con ella.

Hay en nuestro medio un grupo de personas que representan papel importante como focos de contagio que no he visto señalado por los autores, me refiero a los padrinos. Entra dentro de las costumbres de nuestro pueblo pobre, cuando el ahijado visita o es visitado por los padrinos y especialmente por la madrina, recibir extremas demostraciones exteriores de afecto y de cariño: caricias, besos, abrazos, compartir con el pequeño las golosinas que se les ofrecen y darles "zobaditas" de todo platillo que ella ingiere. Todos y cada uno de estos detalles son peligros de contagio especialmente cuando el contagiante está acatarrado y es precisamente en estado de enfermedad cuando las visitas menudean y los halagos se multiplican.

Esta investigación del foco de contagio, tan interesante y fructífera, es olvidada, en no pocas ocasiones, por el médico tratante.

Hace algún tiempo vi a una niña de tres años que, consultado porque un cuadro calificado como de gripa no terminaba, presentó una cutí-reacción intensamente positiva, de tipo flic-tenular. Practicada igual prueba a otros dos hermanitos menores, resultó la prueba igualmente positiva; guiado por estos datos dije a la madre: sus tres niños están infectados por la tuberculosis y el causante del contagio está entre ustedes, los que viven en esta casa. Es posible que sí, Doctor, me contestó la señora, porque hace dos años que murió mi hijita mayor de una tuberculosis cavernosa, a quien prestó atención médica un distinguido especialista en tuberculosis. Con esta declaración concluye de la madre dije a; la señora: "Mañana vengo para reconocer a todos ustedes y saber quién está causando el contagio de sus hijos."

(Concluirá)

P L A S M O D I U M O V A L E

Hace tres o cuatro años que vengo notando referencias en la literatura médica de Inglaterra y los EE. UU., pero más en la inglesa, acerca del cuarto tipo o especie de los Parásitos del Paludismo que ocasionan la Malaria en los seres humanos. Stephens, en 1922 describió el Parásito, dándole el nombre de P. OVALE, por la apariencia del Parásito y de la forma que tomaba las células en donde se encontraban alojados. Estos primeros observaciones hechas en el Este de África fueron confirmados por Stephens, en el Oeste de África, en Nigeria y en la Isla de Fernando Póo, en el Golfo de Guinea: esta confirmación fue hecha en 1927, y los Doctores Yorke y Owen en 1930, describieron el Parásito y añadieron, que los caracteres morfológicos eran conservados, cuando el Parásito era transmitido directamente de una a otra persona. Lo doctores James y Shute en 1922, pudieron transmitir la infección por medio del ANOFELLES MACULIPENNIS. En 1914 el Dr. N. H. Fairly de la Costa de Oro en el África Occidental, y el Dr. Manson-Bahr de Uganda, hicieron referencias a varios casos observados por ellos, así es, que con estas observaciones deja poco lugar de dudar la existencia y actividad de esta especie del Parásito.

Por primera vez noté referencias de este Parásito en los libros de Texto sobre la Medicina Tropical, en 1935 en la "GUIA de PARASITOLOGÍA HUMANA" editado por los Profs. BLACK-

LOCK y SOUTHWELL de la Escuela de Medicina Tropical de Liverpool; y en el año 1936, en la última edición del libro del Dr. Manson-Bahr, "ENFERMEDADES TROPICALES". Ambas autoridades están de acuerdo en sus descripciones del Parásito P. Ovale. He aquí, lo que dicen:

"El P. OVALE tiene varios puntos en común con los Parásitos P. Vivax y el P. Malaria que producen Tercianas periódicas sin ocasionar marcado aumento de las células que los encierran; también sus caracteres morfológicos se parecen mucho a los P. Malaria; pero los glóbulos rojos que habitan los parásitos se asemejan más a los glóbulos que habitan los P. Vivax, porque son *más* señalados los Puntitos de Schüffner. Los pequeños anillos, no tienen caracteres especiales, solo que se nota los glóbulos rojos toman una forma ovalado con márgenes festoneados e irregulares. Las formas medio des- arrolladas no muestran movimiento amiboides; el pigmento es de color café oscuro y granular, pero la cantidad de Cromatina y la distribución del pigmento en fajas laterales, hacen al observador recordar el P. Malaria. El glóbulo infectado en la gran mayoría de casos, es ovalado, por esto su forma es de significancia especial. El número de Merozoitos son DOCE, que se encuentran en los glóbulos descoloridos y degenerados y con unos puntitos de Schüffner; de vez en cuando se nota uno doble infección de los glóbulos. El curso clínico en el hombre es siem-