

Año VIII

REVISTA

Nº 77

MEDICA HONDUREÑA

Director:

DR. MANUEL LARIOS

Redactores:

DR. HUMBERTO DIAZ

DR. PASTOR GOMEZ h.

DR. H. D. GUILBERT

Secretario de Redacción:

Dr. Manuel Cáceres Vijil

Administrador:

Dr. Marco Delio Morales

SUMARIO

	Página
Página de la Dirección	113
Conferencia leída por el socio activo Juan A. Mejía M. en la sesión de la Asociación Médica Hondureña del 6 de agosto de 1938	216
La epidemia de gripe de 1918 y 1919	221
La sulfanilamida en las infecciones de la boca, por el Dr. Henry D. Guilbert	225
Nuevas orientaciones de la vitaminoterapia, por el Dr. Albert V. Szent-Gyorgyi	226
El peligro social del portador de gérmenes	232
Los maestros de la ciencia: Lázaro Spallanzani	235
Resultados de la amigdalectomía, por M. L.	238
Por qué se contagia una familia	240
Ptosis Gastro-Intestinales y estados asténicos, por el Dr. Victor M. Terrizzano	246
Una restauración contra las rutinas sanitarias	254
Notas	255

Julio y Agosto

Imprenta

1938

Calderón

REVISTA MEDICA HONDUREÑA

Órgano de la Asociación Médica Hondureña

DIRECTOR:

Dr. Manuel Larios

REDACTORES:

Dr. Humberto Díaz

Dr. Pastor Gómez h.

Dr. H. D. Guilbert

SECRETARIO DE REDACCIÓN:

Dr. Manuel Cáceres Vijil

ADMINISTRADOR:

Dr. Marco Delio Morales

Aflore | Tegucigalpa, D. C. Hond. C. A., Julio y Agosto de 1938 | No

PAGINA DE LA DIRECCIÓN

El índice de salubridad de un pueblo es la mejor guía para juzgar del adelanto de éste y del lugar que ocupa entre las naciones civilizadas. La Higiene y la Medicina Preventiva han hecho enormes progresos eradicando enfermedades que en forma endémica o epidémica constituían el azote de los pueblos. La eradicación de una enfermedad depende de un sin número de factores, del orden científico unos, sanitarios y económicos, otros. Requisito indispensable ha sido conocer perfectamente la etiología, es decir el agente causal, modo de trasmisión, principales, resérvanos, etc. Sin este requisito toda lucha emprendida descansa sobre bases falsas y por ende el problema se vuelve harto difícil. Tal es el caso con el cáncer. Otras veces, a pesar de conocer perfectamente la etiología de una enfermedad, su extirpación constituye un vasto problema por razones de índole económica como sucede con el paludismo o implica una verdadera revolución social como acontece con la tuberculosis.

Entre las enfermedades infecciosas combatidas con éxito en los países que van a la vanguardia de la civilización figura la fiebre tifoidea. Aquí se juntan en una feliz conjunción los factores que hacen realizable su exterminio: etiología perfectamente conocida, agentes vectores susceptibles de destruir, inmunidad bien definida, etc. La fiebre tifoidea, más que ninguna otra enfermedad infecto-contagiosa, ha sido efectivamente borrada del cuadro nosológico de de es países civilizados y su persistencia en una comunidad indica el mayor o menor grado de adelanto sanitario alcanzado.

Recientemente leíamos en "La Reforma Médica" que dirige el gran Higienista peruano, Dr. Carlos Enrique Paz Roldan, como este hombre de ciencia se lamentaba de que en la ciudad de Lima todavía la cifra de tifoideas era alta y con justa vergüenza llamaba la atención de las autoridades sanitarias sobre el grado de atraso que ese dato indicaba.

Nosotros podemos emular al sabio limeño y nos lamentamos avergonzados de ver cómo abunda la fiebre tifoidea en la capital de la República, la principal ciudad del país, asiento de las primeras autoridades sanitarias, sede de nuestra Universidad y Facultad de Medicina. Que la tifoidea existe en nuestra ciudad capital en forma endémica los doce meses del año no se discute; que si va en aumento o permanecerá o menos estacionaria es algo que no podríamos probar, ya que las estadísticas que se llevan no tienen ningún valor, desde luego que el denuncia de esta enfermedad no es obligatorio o si lo es las autoridades sanitarias no exigen el cumplimiento de la ley.

Últimamente estamos viendo más casos de tifoidea que antes, pero serán efectivamente más casos o en realidad más diagnósticos

A pesar de que reconocemos que el nivel científico de la clase médica entre nosotros [y nos referimos especialmente a la capital de la República'] es más alto hoy día que hace una veintena de años, que ahora se hace uso más frecuente del laboratorio cuando antes este valioso auxiliar era apenas empleado, que las reacciones para el diagnóstico de la fiebre tifoidea —Widal, hemocultivos, etc.— son de práctica corriente y que los médicos buscan con más empeño la tifoidea que antes, creemos que ha habido un incremento en la frecuencia de esta afección y es lógico esperar que haya ocurrido este aumento que iría de acuerdo con el aumento de población de la capital. Barrios enteros han sido poblados -por gente pobre, ignorante, carente por completo de principios de higiene. Muchas de las casas de estas nuevas barriadas han sido habitadas sin tener agua corriente, inodoros o aun cloacas y si en estas humildes viviendas ocurre algún caso de tifoidea sus moradores tiran a los solares las deyecciones del enfermo donde los millares de moscas, que en toda época del año abundan, encuentran un campo propicio para esparcir la enfermedad.

Es de asombrarse que viviendo nuestro pueblo, o gran parte de él, en estas deplorables condiciones no hayamos tenido que lamentar una verdadera epidemia de tifoidea. Para explicar este aparente

contrasentido ha habido quien sostenga que nuestro bacilo tífico es de una virulencia atenuada y que la tifoidea en nuestro medio es por lo general benigna, atribuyendo al clima, al sol, a peculiaridades de nuestro ambiente, estas características.

Por demás está decir que estas aseveraciones se han hecho sin el debido estudio; ni se ha hecho ningún trabajo, bacteriológico sobre nuestro bacilo tífico ni se han estudiado debidamente los casos clínicos; ni siquiera se ha hecho una estudio epidemiológico que nosotros sepamos.

Nosotros por observación personal en más de diez años de práctica y por la de varios ^colegas en sus clínicas particulares y servicios del hospital, podemos afirmar que la tifoidea nos ataca más o menos con la misma intensidad que en otros países, que se presentan las mismas complicaciones y se observan las mismas modalidades de los -países templados. La única diferencia observada ha sido en ciertos síntomas y signos clínicos, frecuentes en otros países y raro entre nosotros, por ejemplo las manchas rosadas. Fuera de esto se observa toda la sintomatología clásica con mayor o menor intensidad según el caso: fiebre, postración, delirio, cefalea, timpanismo, bradicardia, leucopenia, etc.; etc. En cuanto a la mortalidad nada podemos afirmar porque no hay estadísticas en las oficinas públicas sobre esto y la impresión que pudiéramos tener de un reducido número de casos particulares propios y de algunos colegas sería necesariamente erróneo. Suponemos —y es cuanto más podemos hacer por observación de algunos casos en el Hospital General y fuera de él— que la cifra alcanzaría un 15%.

Nosotros hacemos un llamamiento a las autoridades sanitarias sobre el incremento que ha tomado la tifoidea en esta ciudad. Apuntamos la necesidad de una campaña sanitaria que comprenda la lucha contra la mosca, la implantación de sistemas sanitarios en los nuevos barrios de la ciudad, el denuncia obligatorio de esta enfermedad y la vacunación forzosa del mayor número de los habitantes, en las escuelas, y colegios, cuarteles, presidios, etc.

Terminamos reproduciendo estos aforismos del BOLETÍN DE ASISTENCIA SOCIAL, de Caracas, Venezuela;

LA VACUNACIÓN ANTITIFICA ES EL MEJOR MEDIO DE PRESERVARSE DL A FIEBRE TIFOIDEA.

GRACIAS A LA VACUNACIÓN LOS PAÍSES CIVILIZADOS VERÁN DESAPARECER EN EL SIGLO XX LA FIEBRE TIFOIDEA COMO HAN VISTO DESAPARECER LA VIRUELA.

Conferencia leída por el socio activo *Dr. Juan A. Mejía M.* en la sesión de la Asociación Médica Hondureña del 6 de agosto de 1938

ALGUNOS CASOS CURADOS DE 'RINOESCLEROMA'

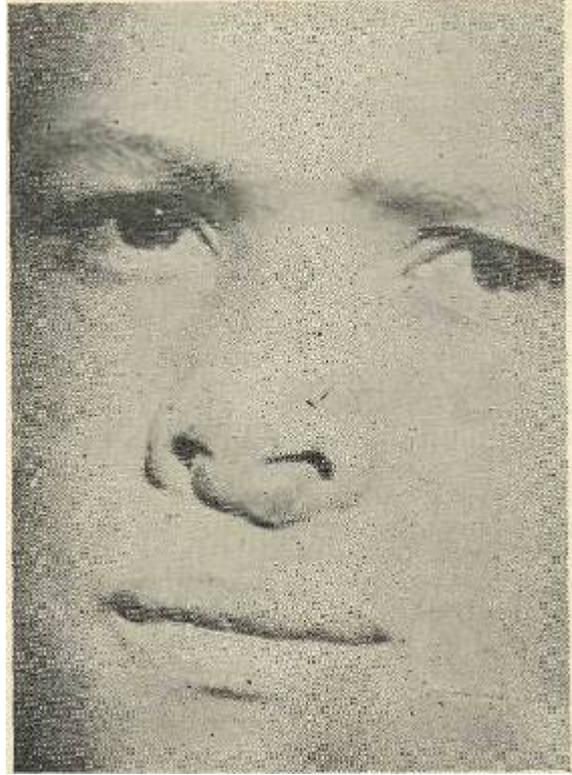
En el estudio de Rinoescleroma, impresiona el pronóstico de incurabilidad que dan muchos autores. Aquí en este recinto de conferencias, no ha mucho un apreciable consocio nos leyó una disertación sobre esta enfermedad y nos dio también su opinión de incurabilidad de estos tumores por cualquier tratamiento (Léase la Revista de la Asociación correspondiente a Enero y Febrero de 1937-. No obstante, ese fatalismo de criterios no son todos los Médicos los que lo comparten, y a este propósito, recordamos la opinión de un honorable Colega Guatemalteco Dr. Bikford (Especialista de enfermedades de ojos, nariz, oído y garganta) que gentilmente nos presentó un caso de curación de Rinoescleroma en una paciente salvadoreña y que como este caso en otros varios había obtenido curación con la aplicación de un medicamento inyectable producido por la casa Bayer Meister. llamado "Fuadina" complejo trivalente antimomial.

Con el deseo de poner nuestro pequeño contingente en nuestro país, en bien de estos desgraciados que sufren el azote de esta enfermedad, hemos continuado ensayando estos tratamientos y podemos asegurar por las observaciones que tenemos en varios pacientes, que efectivamente hay curación en ellos.

Nada tenemos que agregar a su estudio clínico y anatomopatológico ni etiológico del tumor; hemos encontrado en todos Los casos que hemos visto, provocando secreciones de mucosidades en los que no la tienen, el bacilo de FRISCH; nuestro bacteriólogo del Hospital General "San Felipe" Sr. Dr. Vidal, hizo algunos cultivos sin resultado, pero encontró en todos las mucosidades y en algunos después de repetidos exámenes, el bacilo causante. Toda la República de Honduras y los países Centroamericanos tienen **muchos** casos de la enfermedad, no podríamos aquí señalar zonas especiales, porque lo hemos encontrada en enfermos procedentes del Norte Sur Oriente y Occidente. El tumor tiene predilección por las mujeres, sin que por esto deje de afectar también en pequeña escala **al** hombre.

La mujer es afectada en cualquier edad; de 8 observaciones que tenemos, 7 fueron en mujeres y 1 en hombre, por consiguiente pensamos que es la mujer la más afectada, sin poder saber su motivo.

No se sabe su manera de contagio, pero debe ser débil puesto que **los** enfermos afectados, la mayoría vive en común con la familia, sin que ésta se contagie aparentemente. No es hereditaria ni abortiva, tuvimos el case



de una mujer que fue fecundada ya estando enferme del tumor el embarazo llegó a feliz término sin ninguna alteración patológica, el parto se efectuó felizmente, el niño nació vivo pesando 3.500 gramos, bien constituido, sin ninguna señal de la enfermedad en la nariz ni en ninguna otra región. Tampoco afectaba la producción de leche, la enfer-

ma la tenía suficiente y de buena calidad. Otras enfermas manifestaron tener hijos, e hijos sanos.

El tumor evoluciona crónicamente y no *es* debilitante sino en pequeña proporción; todos los enfermos acusaban tres y más años de comienzo y siempre señalaron las ventanas de la nariz o el tabique, como primer punto

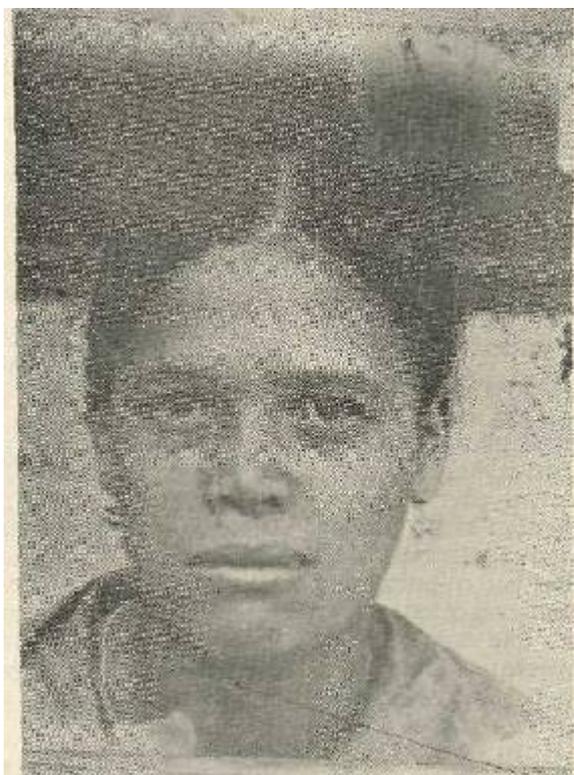
donde se comienza la tumora-
ción; es sin dolor y no es mal
oliente, sino cuando accidental-
mente presenta ulceración, en-
tonces produce dolor, quizá por
las infecciones mixtas de-que ya
es objeto.

Entre los enfermos que hemos
visto, algunas resultaron especí-
ficos, presentando infección sifi-
lítica: unos con 2 y otros con 3
y cuatro cruces, acusando una
reacción de Kahn positiva, se les
hizo su tratamiento específico
intenso y no varió en lo más mí-
nimo el tumor, pero dejó de ser
emcígena la sangre en los si-
guientes exámenes, descartando
con ésto que pudiera influir so-
bre el tumor la infección especí-
fica.

Comenzamos el tratamiento
con la misma enferma que apa-
rece en la revista en referencia,
quien fue despedida del Servicio
de Cirugía por incurable, la tras-
ladamos al Servicio de Ginecolo-
gía del Hospital "San Felipe"
donde actuamos y después de un
reconocimiento detenido, comen-
zamos su primer tratamiento in-
tensivo antisifilítico por presentar
un Kahn más cuatro; en nada se
redujo su tumor que ya era un
florón, por haber sido caute-
rizada en vía de tratamiento y

que en verdad no hizo más que
gravar su situación; en estas con-
diciones le fueron inyectadas
cuatro cajas de Fuadina, dos in-
tramusculares y dos intraveno-
sas, pero este tratamiento no pu-
do continuarse por falta del me-
dicamento, pero pudimos com-
probar una gran mejoría no pu-
diendo ver su curación porque la
enferma se cansó de esperar y
pidió su alta; hemos querido in-
vestigar el estado de esta mujer
pero sólo nos han traído la no-
ticia de que aun vive.

Para continuar las observacio-
nes en otras enfermas nos pidie-
ron a Costa Rica los Sres. Dobo-
row 6 cajas y con éstas logramos
ver la curación de una enferma
en quien comenzaba la enferme-
dad, saliendo perfectamente cu-
rada; me permito presentar a
Uds. la fotografía de esta enfer-
ma, en las dos circunstancias de
su actuación. Otras enfermas
vinieron con el propósito de su
curación y como terminara el
medicamento, ensayamos otras
sustancias antimoniales; el Tár-
taro emético en inyecciones y el
Kermes mineral tanto tomado en
dosis fuertes como inyectado en
solución aceitosa y tuvimos la
pena de ver que no se producía
ninguna mejoría, por lo cual in-



sísimos con la casa Doborow para que se sirvieran introducir la medicina en este país y hoy se encuentra ya registrada y hay existencia en la plaza en la actualidad.

Tenemos el honor de presentar a Ud. una enferma cuya fotografía dirá su estado anterior y se servirán apreciar Uds. el estado actual de la paciente, en la cual

hay una verdadera fase de curación en evolución.

Los medicamentos antimoniales están calificados en la Química como medicamentos con propiedades quimio-terápicas y es lo posible que la Fuadina presente algotra propiedad más, por su-fórmula compleja, pero en el caso actual de. la curación del Kinoscleroma, no se sabe cier-

tamente cómo es su manera de obrar y sólo podemos decirles que después de cada inyección ya sea intramuscular o intravenosa, aparece una verdadera fundición del tejido del tumor, dejando indemne los tejidos naturales. No hay el más pequeño dolor y pasadas cuatro horas de haber sido puesta la inyección, desaparecen por completo todas las molestias que produjo como rehacer el medicamento, sin dejar el más pequeño sufrimiento en los enfermos, quienes pueden dedicarse desde este momento a sus ocupaciones habituales.

En nuestras observaciones nosotros aplicábamos tanto inyecciones intramusculares como en inyecciones intravenosas, pero tuvimos que suspender el tratamiento intravenoso tanto porque no había ninguna diferencia en sus resultados, como porque la intravenosa daba reacciones muy violentas, pero que desaparecían con solo inyectar adrenalina: nunca hubo fiebre en ninguna de "las reacciones que fueron provocadas.

No podríamos señalar tiempo de curación, porque éste depende del grado en que se presente

el tumor, ni tampoco señalar cantidad del medicamento que se gastará, por las razones antes dichas, pero el hecho es uno, y es que en este medicamento (La Fuadina) se tiene una arma poderosa para combatir el Rinoscleroma con todas las probabilidades de obtener 'un buen éxito y a eso se agrega, que el paciente puede tratarse en su propia casa y con el consuelo de sus propios deudos, sin los grandes desembolsos que ocasionan la estancia en las clínicas.

Creemos que en los casos en que se pueda combinar la Cirugía con este tratamiento medicamentoso, acelerará a no dudarlo la curación de estos pacientes.

A vosotros queda Sres. Conocios, continuar este pequeño estudio que no está más que principiado para bien de estos pacientes que han sido condenados de incurabilidad, pero que la evolución constante de las ciencias, ios dice que no está escrita la última palabra sobre las enseñanzas médicas.

Dr. Juan A MEJIA M.

Teguligalpa, D. C, 6 de Agosto de 1938.

La epidemia de Gripe de 1918 y 1919

¿Dónde y cómo empezó la epidemia de gripe que tantas víctimas causó en varios países al final de la gran guerra? Nadie puede decirlo con precisión. La gripe existe en muchos países en forma benigna y poco característica; por consiguiente es posible que en 1918 ciertas circunstancias hayan favorecido el brote simultáneo de graves epidemias de gripe en diferentes puntos del globo. Se pretendió, no obstante, que la epidemia había tenido su origen en España y de ahí el nombre de "gripe española" que se dio a esta infección. Si hemos de dar crédito a las estadísticas, cerca de ocho millones de casos se produjeron durante el mes de mayo de 1918, registrándose no obstante muy pocas defunciones. Por esta razón, los servicios de higiene de los países vecinos no le concedieron al principio gran importancia.

La enfermedad se extendió a Gran Bretaña y después a varios países europeos y en todos se tenía la creencia de que a pesar de su gran extensión la epidemia no causaría sino pequeños estragos. Nadie podía prever que en un plazo de doce meses causaría más víctimas que la misma guerra europea.

Hacia fines de julio de 1918, la enfermedad pareció perder algo de intensidad en Inglaterra y en todo el continente. Sin embargo, este síntoma no era sino aparente y el segundo brote fue tan fuerte que se propagó como la peste de un país a otro, atacando a todas las razas, paralizando el

comercio, segando numerosas vidas y demostrando, una vez más, la impotencia de la ciencia para combatir las enfermedades contagiosas cuya verdadera naturaleza se ignora.

La propagación de la gripe fue en muchos casos una consecuencia de la misma guerra. Entre las tropas que se trasladaban de un país a otro la enfermedad se extendía con la velocidad del rayo, atacándose a los más jóvenes; y robustos. La gravedad de la catástrofe no dejó ya lugar a dudas; el pánico se apoderó de mucha gente y las explicaciones más fantásticas comenzaron a correr sobre el origen de la enfermedad.

La India fue terriblemente castigada; en el curso de tres olas sucesivas de esta enfermedad, sucumbieron siete millones de personas o sea le décima tercera parte de la población. En las Provincias Centrales, el cinco por ciento de los habitantes fallecieron en el espacio de algunos meses. Como en todos los países, la gripe era primeramente benigna y rara vez mortal, pero el segundo brote fue tan peligroso que llegó a constituir una amenaza mucho más grave que la viruela, el cólera, la peste o la fiebre amarilla. Las complicaciones eran debidas principalmente a las afecciones pulmonares que se presentaban.

Muchos países aislados fueron víctimas de la gripe. En la isla Mauricio, situada en el Océano Indico, que contaba 375.000 habitantes perecieron 11.000 en

1919. La isla tardó dos años en reponerse de semejante desastre. En África central dos pueblos enteros fueron dezmados; las casas se derrumbaron sobre los cadáveres sin enterrar y la selva virgen borró bien pronto toda huella de vida humana.

En el universo entero, la gripe hizo estragos semejantes; de la península ibérica al África del Sur, al Canadá, a Persia, a Mesopotamia y al Afganistán, se extendió con igual violencia. La rapidez con que se propagó no puede compararse con la de los medios de comunicación más modernos. Por consiguiente ¿no permite esto pensar, como lo hemos sugerido al principio de este artículo, que la epidemia se declaró simultáneamente en diversos puntos del globo?

¿Qué conclusiones pueden sacarse de esta terrible aventura? Primeramente a de que la vieja costumbre de la cuarentena ha podido, incluso en este caso, preservar a los países indemnes. Existen algunos ejemplos para apoyar esta teoría. Uno de ellos nos ha sido suministrado por Australia. Durante varios meses, la epidemia de gripe no penetró en el continente gracias a la cuarentena aplicada a los barcos infectados. Si los servicios competentes de otros países se

hubiesen inspirado en este ejemplo es probable que numerosas personas no hubiesen sucumbido.

La aplicación de la cuarentena a los individuos enfermos puede tener también probabilidades de éxito. En otros términos, conviene aislar los primeros casos que se den en una aglomeración. Partiendo del mismo principio, hay que decretar, durante un tiempo determinado, la clausura de los lugares públicos como teatros, cines, salas de conciertos, etc. Además conviene que las casas estén bien ventiladas y que las personas que tienen la gripe se tapen la boca y la nariz cuando tosan o estornuden. Sin embargo, el uso de una mascarilla especial no ha dado un resultado satisfactorio.

No se debe descuidar ningún esfuerzo para mejorar la salud y las condiciones de vida. Ningún medio mecánico ni ningún remedio específico vencerán una epidemia como puede hacerlo la salubridad de las habitaciones y una alimentación sana pues la miseria, en todas sus formas, es una causa que predispone. Los catarros descuidados y el cansancio facilitan la infección; como en todas las enfermedades contagiosas, la moderación no puede ser sino beneficiosa.

La Sulfanilamida en las Infecciones de la Boca

Por el Dr. Henry D. Gulbert

En los Estados Unidos el Consejo de Farmacia y Química adoptó el nombre de sulfañil a medida como denominación común de la para-aminobenzoina-sulfonamida.

Esta sustancia es blanca, inodora, cristalina, tiene un sabor ligeramente amargo, es poco soluble en agua y en alcohol. El llamado Prontosil soluble es una sal diasódica, con tinte rojo, en solución, conteniendo 2.5 por ciento de la sustancia, la cual solo produce 0.73 % de sulfanilamida al desintegrarse. No tiene, probablemente, mayor ventaja sobre la sulfanilamida, y sí la desventaja de colorear de rojo los tejidos.

Los datos informativos que acreditan los primeros experimentos en el uso terapéutico de estas substancias, se deben a Domagk (1935), quien estudió el efecto de la droga en ratones infectados con estreptococos hemolíticos de origen humano. Se sabía ya por algún tiempo antes, que los compuestos AZO conteniendo un grupo sulfonamida tenían propiedades bactericidas. Algunos investigadores encontraron que el complejo asonó era necesario para producir un efecto terapéutico, como, un producto similar, pero non-azo; y el para-aminobenzoina-eulfonamida tenía igual efecto controlando infecciones estreptocócicas en ratones y pacientes.

Celebrook y Kenny administraron el complejo azo a 38 pa-

cientes de fiebre pueda ser causada por estreptococos hemolíticos. La mortalidad bajó en esa serie de casos al 8 % comparado con un porcentaje de 26.3 % en una serie de 38 anteriores al uso de la droga. Ellos después de varias series llamaron la atención sobre estos puntos: (1) La infección es limitada prontamente a los tejidos ya invadidos. (2) Baja de la temperatura (en 24 a 72 horas) sin subida secundaria. (3) Reducción de tiempo de hospitalización de un promedio de 31.3 días a 18. (4) Ausencia de recaídas.

La Sulfanilamida en solución de 1:10,000 es bacterio estático "in vitro" para ciertas clases de estreptococos hemolíticos y en menor grado a otros tipos de la misma bacteria.

En la Revista de la Asociación Médica Americana (Journal Of American Medical Association) Nov. 6-1938, Bliss y Long encuentran que el modo de acción de la droga no es directo sino indirecto, siendo la activación de la fagocitosis de los polimorfonucleares hacia los estreptococos la acción primordial en las primeras fases de la infección, después forman parte de este fenómeno los monocitos (mononucleares). Los autores consideran que debido a que la sulfanilamida tiene un efecto bacteriostático sobre el clostridio Welchii in vitro e in vivo, por analogía, que la acción es la misma sobre otras bacterias suscep-

tibies. Creen que el efecto es disminuir la reproducción de los estreptococos a un punto donde no pueden producir suficiente "leuco'cidina" y otros productos tóxicos para obstruir la fagocitosis. Este efecto permite a los fagocitos limpiar los exudados y tejidos del organismo.

Los autores Marchal, Emerson y Gutting encuentran que la absorción que el tubo digestivo requiere cuatro horas y que se necesitan dos o tres días en establecerse el equilibrio entre la ingestión y la excreción. Hay que advertir también, que en individuos con insuficiencia renal, la Sulfanilamida es excretada más despacio, y la administración de esta droga en tales casos debe practicarse con cuidado.

Un gran número de artículos sobre el uso de la Sulfanilamida nos enseñan que ha sido empleada con éxito en el empiema estreptocócico, meningítica meningococos, infecciones de las vías urinarias, prostatitis, como antiséptico urinario, en la gangrena gaseosa, etc. Otros investigadores la recomiendan en: fiebre puerperal, septicemia post abortum, erisipela, complicaciones de fiebre escarlatina, influenza, infecciones nasales y de la garganta, otitis media y mastoiditis, pneumonía y meningitis cerebroespinal; pero no hemos encontrado gran cantidad de trabajos sobre el uso de la Sulfanilamida en las infecciones de la boca.

Hasta la fecha hemos tenido una serie de veinticinco casos en los cuales el uso de la Sulfanilamida como tratamiento en in-

fecciones agudas de la boca ha dado resultados satisfactorios.

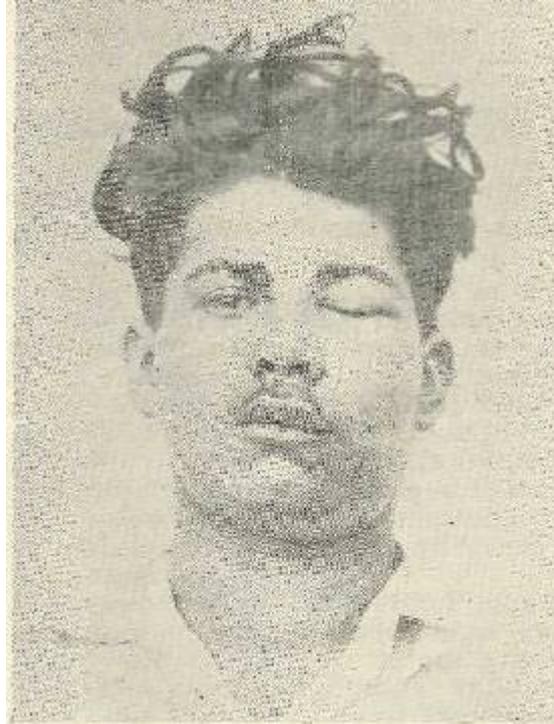
En la celulitis, abscesos acuosos y flegmones de la cara el uso de la Sulfanilamida está definitivamente indicado.

En varios casos los resultados han sido verdaderamente sorprendentes. Casos en los cuales normalmente se resolverían en seis o siete días, con el uso de la Sulfanilamida se acorta el curso a dos o tres. Hemos observado que la acción en varios casos es casi inmediata bajando la temperatura y disminuyendo a inflamación considerablemente.

En los casos de abscesos alveolares agudos el tratamiento que hemos seguido es el siguiente: Después de practicada la intervención indicada suministramos al paciente ocho comprimidos de 0.30 gis. en 24 horas, continuando este tratamiento durante tres días al cabo de los cuales la inflamación y demás síntomas casi siempre han cedido suficiente, entonces rebajamos la cantidad de sulfanilamida a tres comprimidos diarios.

En casos en los cuales el absceso alveolar está incipiente, casos en los cuales la inflamación viene después de la extracción de la pieza afectada, hemos observado que el uso de seis comprimidos de 0.30 de sulfanilamida casi siempre actúan como preventivo en la agravación de los síntomas.

El caso que presentamos aquí, típico en cuanto a sintomatología y resultados, nos sirve para ilustrar este trabajo. Paciente de 22 años de edad, sin generales de interés, se presentó para tratamiento sufriendo de una celu-



titis de origen dentario. Pulso 120, temperatura $40^{\circ} C$, respiración difícil, dolor intenso en las partes inflamadas. La piel de la región inflamada estaba seca y reluciente. Recuento globular 14.000 leucocitos, orina trazas de albúmina y células de pus.

Después del drenaje intraoral e instalación de sondas el paciente fue acostado, instituyéndosele enjuagatorios de permanganato de potasa al 1:3000.

La Sulfanilamida le fue recetada en dosis de ocho comprimidos de 0.30 gms. en 24 horas. Al día siguiente el paciente presentaba un aspecto mucho mejor y su estado tóxico había disminuido considerablemente. La temperatura era de $38.39 C$ y pulso de 100. Recuento globular confirió idéntico.

Se continuó el tratamiento durante las siguientes 24 horas al fin de las cuales la inflamación

había cedido casi por completo, pulso y temperatura normal y recuento globular 9000.

Estas experiencias nos hacen creer que el uso de la Sulfanilamida en las alecciones de la bo-

ca está muy indicado y que las observaciones futuras ayudarán a formar una pauta sobre el uso de esta droga cuyo valor terapéutico está hoy día comprobado.

Nuevas orientaciones de la Vitaminoterapia

Por el Dr. ALBERT V. SZENT-GYORGYI (*). Prof. de Química Médica y Orgánica en Szeged, Hungría.

Por lo que a las vitaminas se refiere, hay dos puntos de interés para el médico práctico: 1º —¿Qué cantidad diaria de vitaminas se necesitan para conservarse sano? 2º—¿En qué enfermedades participa la falta de vitaminas, o dicho con otras palabras, qué enfermedades pueden influenciarse favorablemente con vitaminas?

Hasta hace poco, aproximadamente 1-2 años, estas preguntas se habrían contestado rotunda y claramente: Las vitaminas pueden emplearse para prevenir y curar la avitaminosis y la dosis diaria sería la cantidad de vitaminas precisa para prevenir estas enfermedades. Esta cifra estaba fijada de un modo exacto y parecía como si se acabara ahí todo el campo de la vitamnología.

El aislamiento, identificación y síntesis de cada una de las vitaminas parecían ser la coronación de este hermoso edificio. Pero precisamente, esa labor química que hacía creer se había

agotado el problema, abrió nuevas vías y posibilidades, planteando nuevos problemas, hasta el punto que hoy la vitamnología clínica se halla en una transformación, sin que pueda preverse su final. Quiero describir este desarrollo refiriéndome sólo a algunos ejemplos aislados. En este sentido elegiré las dos vitaminas que a mi juicio, de un modo casual, se asemejan más (C y P) deteniéndome antes en la experimentación animal.

Hasta hace poco se decía: la *falta de vitamina C* da lugar al *escorbuto*. Por tanto el escorbuto se curaba con la vitamina C. y la dosis diaria necesaria era la cantidad de vitamina C capaz de prevenirlo y de asegurar un crecimiento normal. Crecimiento normal era tanto como decir integridad de todas las funciones, como signo de salud perfecta. Para los conejillos de Indias esa cantidad era de 0,5 mgrs. Este juicio se basaba en las curvas de crecimiento y en los síntomas del escorbuto, de todos conocidos. Pero pronto se perfeccionaron estos métodos de valoración al ver que con esta dosis se producían alteraciones

(*) Le fue otorgado el Premio Nobel en 1937 para la medicina.

en el crecimiento. 0,5 mgrs. de vitamina no eran por tanto suficientes y se aumentó la dosis un poco, hasta 1 mgr.

Las investigaciones sobre la naturaleza química de la vitamina C condujeron a un método de valoración química sencillo (Tillmann) que nos permite determinar fácilmente la cantidad de vitamina C en los órganos. Estas valoraciones demostraron que el animal necesita todavía algo más de ácido ascórbico por día, aproximadamente 1,5 mgrs., para la conservación del contenido normal en vitamina C de sus órganos. Como se ve, con el perfeccionamiento progresivo de nuestros métodos, la dosis diaria se aumentó en un 300 por 100.

Con eso se creía haber resuelto el asunto. Pero S. S. Zilva comunicó que con esta dosis de 1,5 mgrs. el cuerpo del cobaya todavía no alcanzaba su máxima concentración vitamínica y que era preciso aproximadamente 20 veces más vitamina C para conservar el cuerpo en estado de saturación máxima. Sin embargo, se pregunta ¿es realmente necesario mantener el cuerpo en su nivel máximo de ácido ascórbico? Zilva es un decidido defensor de la opinión de que no sea necesario, puesto que sus animales se desarrollan perfectamente con 1,5 mgrs. Las cantidades de vitamina C que se necesitan para saturar el cuerpo al máximo parecen estar tan fuera de toda proporción que según Zilva carecen de todo valor práctico.

30 mgrs. de ácido ascórbico diarios para un cobayo, parece una dosis completamente absurda según nuestras investigaciones hasta la fecha, toda vez que la dosis calculada como necesaria para el hombre adulto es de 25-50 mgrs. diarias.

La síntesis y la fabricación de la vitamina C nos ha proporcionado la posibilidad de administrar al animal el ácido ascórbico en cantidades por decirlo así, ilimitadas. De este modo pudo demostrarse que la administración al cobayo de vitamina C a grandes dosis, le protege contra la *toxina diftérica*, aunque el animal no fuese escorbútico antes. ¿Qué quiere decir esto? Es todavía la fecha en que no se han rendido cuentas del gran alcance teórico de este descubrimiento. ¿Quiere decir esto que el ácido ascórbico es un fármaco con un poder realmente antitóxico? Esto parece contradecir todas las observaciones, pues sabemos desde decenios que las vitaminas sólo pueden ejercer una acción beneficiosa cuando hay falta de ellas.

La respuesta exacta a esta pregunta es de importancia fundamental para toda la medicina y debe mostrarnos no sólo el camino ulterior para la investigación y para la práctica, sino también explicarnos las incomprendibles y sorprendentes observaciones clínicas de la medicación vitamínica en los últimos tiempos.

Si queremos explicarnos la acción del ácido ascórbico en la difteria debemos suponer o que el ácido ascórbico actúa como un

fármaco o *que nuestros animales "normales" padecían una falta de vitamina*. Yo me decido por la última opinión. Pues en resumidas cuentas ¿qué es una vitamina? Las vitaminas son los elementos mancomunados de los reinos vegetal y animal, que el mismo animal no puede sintetizar. Pero esta incapacidad del animal para sintetizar vitamina carece de fundamento. La molécula de la vitamina no tiene propiedad alguna que haga imposible su síntesis. La razón de que la vitamina no sea sintetizada es que la naturaleza no soporta lujo alguno y se pierden

todas las funciones innecesarias. Los cobayos proceden de los países tropicales, eternamente verdes, en los que disponen todo el año de alimento y con el cual ingieren notables cantidades de ácido ascórbico. Su cuerpo no ha tenido necesidad de producir ácido ascórbico y ha olvidado la facultad de sintetizarlo. Su cuerpo, que sólo es una pequeña célula del gran organismo de la selva virgen, se ha adaptado exactamente a su ambiente. *La verdadera dosis fisiológica del ácido ascórbico es la cantidad que el animal toma diariamente del medio que le rodea..* Si un

cobaya ingiere diariamente 100 grs. de alimento verde y este alimento contiene por término medio 30 mgrs. de ácido ascórbico por cada 100 grs., es ésta la cantidad fisiológica diaria. A la vez ésta es también la cantidad de ácido ascórbico que Zilva halló como necesaria para saturar a sus animales.

El problema es, pues, si esta gran cantidad de vitamina C es simplemente un lujo y por tanto innecesaria para la salud. Zilva observó que sus animales crecían perfectamente con la dosis diaria de 1,5 mgrs. y que estaban perfectamente sanos.

Con la pregunta siguiente voy a abordar uno de los problemas más esenciales de la medicina: *¿Qué debe entenderse por salud, completa?* ¿Es salud completa el que una docena de cobayas se desarrollen bien, protegidos dentro de una jaula? No. *Salud completa es el estado en virtud del cual el organismo resiste perfectamente a todas las influencias adversas del exterior, pudiendo llenar al máximo todas sus exigencias.* Y al mismo tiempo: *¿Cuál es la mejor alimentación, cual es la cantidad de vitaminas necesaria?* La mejor manera de contestar a estas preguntas es con las palabras de Sir P. B. Orrs: La mejor alimentación (por tanto también la cantidad de vitaminas necesaria) es la que conserva una salud inmejorable. Por tanto, deben administrarse vitaminas hasta que la salud no pueda mejorarse más. Salud perfecta es la que ya no puede superarse más. Pero esto no puede valorarse en una docena de cobayas

apretujados y guardados en una jaula. En esta forma la experimentación animal es completamente errónea. En resumidas cuentas, en esta nueva definición de la "salud" no basta considerar los individuos aisladamente, sino que el concepto estadístico adquiere un mayor valor que la salud individual: *La cantidad de vitaminas perfecta es la que en la mayor cantidad de población acusa las menores mortalidad y morbilidad.*

La experimentación animal o el ser humano sólo pueden aprovecharse para el establecimiento de la dosis diaria en otra forma; tarando al organismo con una enfermedad, un veneno o cualquier otra carga, al máximo, y averiguando qué cantidad de vitaminas es la que le proporciona mayor resistencia. Esta cifra vitamínica será la dosis diaria correcta. Espero que al final resultará que la dosis correcta diaria para el cobayo, como para el hombre, es la cantidad de vitaminas que contenía la alimentación que ingería en su medio de origen, para la que su organismo está creado. Después de 20 años de investigaciones y razonamientos químico-médicos, estoy convencido de que el cuerpo humano no es ni con mucho tan imperfecto como nos parece a juzgar por sus mil enfermedades. La naturaleza no crea nada tan imperfecto, pues todo lo imperfecto se extingue por sí sólo. *Estoy convencido de que el mayor número de enfermedades del hombre no son atribuibles a la imperfección de nuestro organismo, sino a la circunstancia de que el modo y el*

ambiente en que vivimos no son para lo que fuimos creados. Esto debe señalar el camino de la investigación médica futura. Como confirmación completa de esta concepción pueden servir los informes sobre la Isla "Tristan da Cunha" cuyos habitantes viven al natural, se alimentan de la naturaleza y no conocen ninguna enfermedad.

Con estas reflexiones nos hacemos cargo de las contradicciones y de lo incomprensible que son en apariencia los datos de los últimos tiempos. La investigación química nos ha proporcionado vitamina en cantidades prácticamente ilimitadas, que poder administrar a nuestros pacientes. Y leemos que la vitamina C beneficia a la pulmonía y a la miastenia; que la **vitamina** B1 tiene el mismo efecto en las neuritis alcohólicas y de

otro origen, así como en la neuralgia; que la vitamina P cura los estados hemorrágicos capilares; que los capilares de paredes permeables y frágiles por las infecciones, recobran con la vitamina P la permeabilidad y resistencia normales; e **igualmente** cura ciertos casos de nefritis á Que quiere decir todo esto? ¿Serán la neumonía, la miastenia o la nefritis una avitaminosis o es que las vitaminosis son fármacos específicos? Seguro que no. La respuesta es muy sencilla: entre la "avitaminosis" y la salud completa hay mucha distancia. Si el organismo tropieza con cualquier influencia desfavorable, encontrándose en un estado de avitaminosis, hipovitaminosis, o si se asocia a esto cualquier predisposición individual como debilidad del sistema capital, de los vasos entonces se

origina una enfermedad manifiesta. Si en estas condiciones nosotros podemos influenciarla favorablemente con vitaminas, quiere decir que pagamos la deuda anterior y devolvemos el nivel vitamínico a la altura normal. Hasta qué punto podemos esperar de este efecto beneficioso de las vitaminas en una enfermedad, esto depende de hasta qué punto participa en ese estado la falta de vitaminas y en qué grado son reversibles las alteraciones patológicas.

Todavía quiero ir más allá con estas ideas. La cuestión de máxima importancia para el médico y que a mí siempre me interesa cuando oigo hablar de la acción terapéutica de una vitamina en cualquier enfermedad, es qué ocurriría si el paciente hubiese recibido la cantidad debida de vitaminas antes de adquirir su afección. La respuesta natural es que el paciente no habría enfermado, ya que es mucho más fácil prevenir una enfermedad que curarla.

No hablo con el entusiasmo de un vitaminólogo. Yo no soy vitaminólogo; desde el comienzo de mi carrera científica he tenido siempre aversión a las vitaminas, porque ningún otro remedio ha podido lograr en la medicina una popularidad barata más fácil que la expresión "vitamina". Mi aversión ha aumentado con el tiempo, ya que adquirí contacto con las vitaminas contra mi voluntad, y me detuvieron durante años en mi tranquila labor de investigador. Pero la observación me obliga a creer que ningún otro remedio

conjura tantos: "jételinierikis" humanos comba exaefarcom prensión y empleo de" fasvitaminas

Pero para llegar lá one-cesita aun mucho trabajo perfectamente fecundo y muchas dudas no se pueden resolver en el laboratorio. Se necesita además continuar midiendo la vida, basado en estadísticas y examinando grandes masas. Para ello nos faltan todavía medios y organización. Yo mismo, hace años invertí lo que me restaba de mi fortuna y la ayuda económica que me prestó la "Josiah Macy Jr. Stiftung" (New York), para preparar 3 kgrs. de ácido ascórbico con este fin. Mi esfuerzo se malogró por falta *que* la correspondiente organización.

La experimentación animal, que constituye el fundamento de toda la vitaminología, ha sido descaminada en la forma en que hasta ahora se practicó. Sus resultados y métodos son demasiado groseros para señalar una ruta en el complejo problema de la "salud." La cantidad de vitaminas necesaria ha sido, hasta la fecha, avaluada demasiado baja. El escorbuto y el beriberia no son los primeros síntomas de la falta de vitaminas, sino síndromes premortales que entre nosotros apenas tienen importancia práctica. El campo de mayor interés para la investigación médica futura radica en *el amplio sector que existe entre de salud y la avitaminosis.*

(Dtsch. med. Wschr. 1937, núm. 48.)

El Peligro Social de Portador de Gérmenes

La noción de portadores de gérmenes tiene una importancia considerable desde el punto de vista de la profilaxis de ciertas enfermedades contagiosas. Un número considerable de individuos que hayan estado enfermos pueden, una vez curados, eliminar durante un tiempo determinado gérmenes nocivos. La difteria constituye un ejemplo típico. Según el profesor Robert Debré, se puede considerar que si 15 días después de la curación el 25 por ciento de los convalecientes no tienen ya gérmenes, los restantes siguen siendo portadores de bacilos diftéricos. Cinco semanas más tarde, el 95 por ciento de los individuos están ya libres de gérmenes pero queda un cinco por ciento que aun los presenta. De éstos, algunos se ven libres del bacilo uno o dos meses más tarde; otros, pasados tres meses y otros siguen siendo contagiosos durante mucho tiempo. Ciertas personas pueden ser portadoras de gérmenes a pesar de no haber tenido jamás la difteria. Se trata generalmente de individuos que viven en un ambiente infectado o durante las grandes epidemias. En una escuela se ha observado que el 15 por ciento de los niños que no han padecido la difteria son portadores de gérmenes después de un período epidémico. Este tanto por ciento desciende a medida que va alejándose dicho período. En los hospitales infantiles, de un 15 a un 18 por ciento de niños que no han padecido la difteria son portadores de gér-

menes. El 35 por ciento del personal que cuida a los diftéricos son portadores del bacilo de Loffler (Prof. Debré).

De esto se desprende la importancia que tienen los análisis microscópicos de las secreciones nasofaríngeas de todo diftérico en convalecencia a quien no se dará de alta hasta que no se haya comprobado en varias ocasiones, cada 8 días, la ausencia total de bacilos de Loffler. También es una medida prudente, cuando se trata de reclutar el personal hospitalario, verificar cuidadosamente el microscopio la ausencia de una difteria latente, especialmente cuando este personal ha de cuidar niños.

El meningococo de Weichselbaum, agente de la meningitis cerebroespinal, puede encontrarse en las vías respiratorias superiores de las personas que no padecen la enfermedad y que se acercan a los enfermos. Son muy contagiosos y se deben tomar con ellos, al igual de los convalecientes, toda base de precauciones con objeto de suprimir cuanto antes microbios tan peligrosos. Generalmente, el portador de gérmenes suele dejar de ser contagioso en poco tiempo. Sin embargo, aquí también el análisis negativo habrá de ser definitivo para que pueda ponerse al portador en contacto con los niños.

Cuando se trata de la tuberculosis no se puede decir que haya portadores de gérmenes sin estar enfermos. Sin embargo, ciertos enfermos curados o enfermos

ignorados tosen y expectoran bacilos de Koch sin sentir por ello la menor molestia. No son por ello menos peligrosos para los que *les* rodean. En principio, una persona que tose no debe jamás estar en contacto con niños sin haberle primera mente analizado los esputos. La profilaxis de la enfermedad se efectuará en caso de bacüoscopia positiva, adquiriendo la costumbre de escupir en una escupidera que se desinfectará dejándola 24 ñoras en lejía, en líquido de Kus o en lejía de sosa al 10 por ciento.

La lepra se transmite igualmente por las secreciones nasales. En este caso, cuando se haya obtenido la prueba bacteriológica de la enfermedad, conviene aislar al enfermo sin dejar de cuidarle, pues aunque la lepra no sea contagiosa por contacto ocasional, puede adquirirse cuando los contactos son largos, íntimos y múltiples.

Los gérmenes transmitidos por vía digestiva *no* son menos peligrosos que los que residen en las vías respiratorias. El más frecuente es el bacilo de Eberth y los para A y B vectores de infecciones tíficas y paratíficas. Generalmente se trata de enfermos curados y que siguen siendo contagiosos por sus deposiciones. Se puede considerar que de 100 tíficos, 5 son portadores de gérmenes durante varios años. La profilaxis de *estas* enfermedades se efectúa analizando repetidas veces las deposiciones de los tíficos y desinfectando estas deposiciones cuando son peligrosas para los allegados. En estos casos se utiliza el sulfato de cobre a 50 gramos por 1.000 que se deja

en contacto con dichas materias durante 6 horas si son sólidas o durante una hora si son líquidas. También se puede emplear el cloruro de cal a 20 gramos por 1.000 y el agua de cal a 20 gramos por 1.000 el formol y la lejía.

Los disentéricos curados pueden ser también portadores de gérmenes. La profilaxis empleada es la misma que para la tifoidea en lo que se refiere a la desinfección de las deposiciones y de los utensilios.

La fiebre ondulante se transmite generalmente por las cabras que eliminan los gérmenes en la leche y en los orines. El hombre puede ser también un depósito de virus. Conviene vigilar la salud de los que por su profesión están en contacto con las cabras.

Muchos otros animales, sanos o enfermos, pueden transmitir gérmenes de enfermedades graves. Aunque no sean considerados, en el sentido exacto del término, como "portadores de gérmenes" hemos de citar aquí los principales. La rata, depósito del bacilo de Yersin que da la peste, la trasmite por medio de un parásito: la pulga. Esta noción del "huésped intermediario" es muy importante. El animal portador de gérmenes nocivos no es peligroso por sí mismo. Lo es, cuando tiene parásitos y cuando puede inocular al hombre el microbio de que es portador. Esta noción es la misma cuando se trata de las moscas que pueden transportar la fiebre tifoidea o el cólera, del mosquito que transmite el paludismo, de la mosca tsé-tesé que da la enfermedad del sueño y del piojo que lleva el

microbio de tifus exantemático. Muchos otros animales pueden transmitir al hombre enfermedades o parásitos, el cerdo, por ejemplo, cuyos tejidos contienen cisticercos de tenia. Sin embargo aquel se pierde casi la noción "portadores de gérmenes" y se llega a la de "huéspedes intermedios." Se puede considerar que si éstos son indispensables a ciertos parásitos en el curso de su desarrollo, los portadores de gérmenes no suelen ser más que huéspedes circunstanciales, jamás indispensables.

De esta breve exposición, que no abarca sino los microbios de las enfermedades más corrientes, se desprende que la profilaxis de

las enfermedades contagiosas por la supresión o desinfección de los portadores de gérmenes *es* bastante difícil. Llamarán la atención del médico los convalecientes y los individuos que rodean a los enfermos. Se efectuarán las investigaciones necesarias y tomarán las precauciones útiles, pero los portadores sanos, felizmente mucho menos numerosos, escaparán a toda investigación y seguirán propagando a su alrededor gérmenes peligrosos. En cambio, la profilaxis de las enfermedades transmitidas por animales será más fácil de practicar puesto que está vinculada a la higiene general del individuo y de la ciudad.

Los Maestros de la Ciencia: Lázaro Spallanzani

(1729-1799)

La importante contribución aportada por Spallanzani a la biología sirvió menos su reputación que sus interesantes investigaciones que revolucionaron la teoría de las generaciones espontáneas. Hoy nos parece absurdo que alguna vez se haya podido creer que las ranas procedían del barro o que el cadáver de un toro pedía engendrar un enjambre de abejas. En el siglo XVIII, sin embargo, un conocido naturalista, contemporáneo de Spallanzani, no vacilaba en declarar que "negar el hecho de que los moscardones y avispa asían del excremento del ganado era negar la razón, el sentido común y la experiencia!" La bacteriología debe también mucho a Spallanzani, cuyos descubrimientos, anteriores de un siglo o los de Pasteur, pueden ser considerados como los comienzos de esta ciencia.

Spallanzani vio la luz en Scandino, ciudad del norte de Italia. Su padre, que era abogado, quiso íntacer de él un hombre de leyes. El joven Spallanzani, para satisfacer las ambiciones paternas, se hizo estudiante de derecho pero consagraba todos sus ratos libres al estudio de las matemáticas, del griego, del francés y de la lógica. Un amigo de la familia, e eminente sabio Villisnieri, "recibió un día las confidencias del joven Spallanzani, resignado a seguir una carrera que no le gustaba. Vallisnieri fue en busca del padre y le expuso las ver-

daderas dotes de su hijo: "Haréis de él un gran sabio —le dijo— orgullo de nuestra ciudad; será otro Galileo" Poco tiempo después, el joven Spallanzani se inscribía en la Facultad de Ciencias.

Las dotes intelectuales de Spallanzani eran tan vastas y diversas que sus maestros temían primeramente que las malgastase. A los 25 años de edad, Spallanzani había ya traducido las obras de varios poetas de la antigüedad y discutía con facilidad arduas cuestiones matemáticas; incluso había escrito un tratado sobre mecánica. Ordenado sacerdote y profesor de la Universidad de Regio, antes de los 30 años, Spallanzani mostraba más afición por la biología experimental que por los estudios teológicos.

Las controversias que dividían a los partidarios o adversarios de la teoría de la generación espontánea llamaron la atención del joven profesor. La mayoría de los sabios de entonces creían que ciertos animales nacían de elementos diversos sin haber sido reproducidos por una pareja de la misma especie. Por eso, cuando los ratones infectaban los campos egipcios, aseguraban que habían surgido del barro del Nilo. Spallanzani combatía con todas sus fuerzas estas curiosas teorías, pues conocía las interesantes experiencias de Redi. Este había colocado unos pedazos de carne en dos vasijas distintas;

dejó una de ellas destapada y la otra la cubrió con una tela muy fina. Al cabo de cierto tiempo, aparecieron larvas de moscas y moscas más tarde en la vasija destapada mientras que la carne recubierta por la tela estaba indemne. Redi concluyó naturalmente que la etamina había impedido a las moscas entrar en contacto con la carne. De ahí a negar la posibilidad de una generación espontánea de larvas y de moscas en la carne corrompida no habla más que un paso.

Algunos años más tarde, Spallanzani se halló de nuevo en desacuerdo con un sacerdote inglés llamado Needham que había realizado ante él la experiencia siguiente: metió sangre de cordero en una botella muy bien tapada y la calentó dentro de ceniza, operación que la es-

terilizaba. Observando después, este líquido al microscopio se observaban en una 'multitud de animálculos que, según Needham, no podían haber nacido¹ sino por generación espontánea. Hoy día, cualquier bacteriólogo percibiría inmediatamente los defectos de esta experiencia primitiva que permite a cualquier germen, en suspensión en el aire, penetrar en la botella después de la esterilización. Pero, en aquella época, las investigaciones de Needham llegaron a preocupar a numerosos sabios incluso al mismo Buffon.

Spallanzani y Needham siguieron, discutiendo varios años; durante ese tiempo, Needham y Buffon apoyaban sus experiencias en razonamientos ingeniosos a los que Spallanzani concedía menos importancia que a la ob-

servación pura y simple. Needham inventó una nueva noción que denominó "la fuerza vegetativa." Según él, en ciertas condiciones favorables, esta fuerza "vegetativa podía hacer brotar la vida de materias inertes. A este fenómeno se debe por ejemplo el nacimiento de un curioso árbol de China que es gusano en invierno y árbol en verano. Spailanzani buscó entonces el apoyo del terrible Voltaire que no tardó en ridiculizar a Needham, Buffon y su famosa fuerza vegetativa.

El descubrimiento de las propiedades digestivas de la saliva y del poder disolvente del jugo gástrico se debe a Spailanzani que, por practicar estas experiencias sobre su propio organismo, estuvo a punto de morir. Sus experimentos sobre los lagartos le valieron importantes descubrimientos acerca de la médula. También estudió el aparato respiratorio de los animales de sangre caliente y de sangre fría y demostró que tejidos vivos arrancados a un animal sacrificado, absorbían el oxígeno y despedían el óxido de carbono. El estudio de los murciélagos le permitió deducir que este curioso mamífero evoluciona perfectamente viendo muy poco y que por este hecho el sentido de la vista se ha ido atrofiando en él poco a poco.

Algunos años bastaron para hacer de Spailanzani el sabio más eminente del siglo. Federico el Grande, que le escribía fre-

cuentemente, le hizo miembro de la academia de Berlín. La emperatriz de Austria, María Teresa, le dio la cátedra de historia natural de la Universidad de Pavía. En esta ciudad realizó numerosas investigaciones rodeado de alumnos precedentes de los países más lejanos del mundo. Sus enemigos, aprovechando una de sus ausencias, urdieron un complot contra él: le acusaron de haber robado ejemplares del museo de la universidad para enriquecer su propia colección. Al regresar a Pavía, Spailanzani fue acusado de este delito, pero la encuesta llevada a cabo le devolvió una reputación sin tacha. Entre sus colecciones había ejemplares que habían pertenecido al museo efectivamente pero que éste había suprimido para sustituirlos por otros nuevos. Spailanzani se defendió con tanto ardor durante esta aventura que fue no sólo reconocido inocente sino que los jueces castigaron a varios de sus enemigos; a uno de ellos se le prohibió incluso al acceso a la universidad.

En 1799, Spailanzani tuvo un ataque de apoplejía. Sin embargo, reaccionó con tanta energía que pasados tres días recitaba El Taso y Hornero con gran alegría de sus amigos que creían encontrarle moribundo. Despiadadamente no sobrevivió mucho tiempo a tan terrible choque. Hoy día puede admirarse en Pavía el busto del gran sabio del siglo XVII que fue verdaderamente un precursor en el dominio de la bacteriología.

Resultados de la Amigdalectomía

Hace unos 15 años, cuando internábamos en uno de los grandes hospitales de la ciudad de Nueva York, se practicaba la amigdalectomía y tonsilectomía en los niños con una frecuencia y con tan poca provocación que hubieran pasmado a un observador sereno que analizara las historias clínicas de aquellos niños. No lo considerábamos así nosotros, los internes, ávidos de "practicar" en el mayor número de casos posible y, por otra parte, la teoría de la infección focal estaba en su apogeo y se veía en las amígdalas y tejido adenoideo la causa de innumerables padecimientos infantiles.

Pronto se hubieron de dar cuenta los médicos que así como en muchos casos la amigdalectomía producía maravillas en la curación de varias afecciones en otros, por el contrario, las agravaba o cuando menos no ejercía acción alguna, habiendo sometido

al niño a una intervención innecesaria.

Hoy día las cosas han cambiado y el criterio se ha fijado en ese feliz término medio que representa el juicio sereno de una larga y cuidadosa observación.

Gracias a los estudios sobre la tuberculosis infantil se sabe ahora que hay una fase en la primo infección de la infancia en la que el pequeño organismo no ha organizado una defensa efectiva contra el bacilo de Koch, fase caracterizada al principio por un período ante-alérgico sin resistencia, después por un período alérgico de hipersensibilidad y poca o ninguna inmunidad.

La extirpación de las amígdalas en cualquiera de estos períodos trae consecuencias fatales, pues se priva al organismo de uno de sus medios de defensa como es el tejido linfoide y puede provocar la generalización de

un proceso que tendía a circunscribirse.

Cuando la amigdalectomía se practica en el tercer período de la primo infección, el de la inmunidad y localización ganglionar, el organismo ya se ha defendido de este primer ataque, ha hecho su "vacuna" para, usar un galicismo de uso corriente.

En la Revista "ANALES DE LA AGRUPACIÓN MEDICA DEL PATRONAO DE LA INFANCIA" editada en Buenos Aires encontramos un estudio estadístico de los resultados de la amigdalectomía en los niños por los Dres. Carlos P. Mercandino, Federico Osca-mou y J. M. Rodríguez que re- producimos a continuación:

INFLUENCIA FAVORABLE DÉLA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

	<i>En los Operados</i>	<i>En los no Operados</i>
Resfriados de cabeza.....	18%	33%
Doores de garganta y amigdalitis	8	40
Adenitis Cervical.....	6	14
Otitis media.....	14	38
Difteria.....	1.3	3.9
Escarlatina.....	3.4	4.6
Reumatismo.....	5	33

LA EXTRACCIÓN NO HA TENIDO RESULTADOS

Corea.—Más frecuente en los operados.

Sarampión. — Con la- misma frecuencia -en unos y otros.

Laringitis.—Se desarrolla igual en unos y otros.

Malnutrición.— Indiferente a la operación.

Bronquitis. — No es modifica- da por la operación.

Neumonía. — Indiferente a la operación.

El estudio anterior se basa en doce mil casos de amigdalecto- mías, los cuales fueron observa- dos y examinados cada tres años, lo que hizo posible la compara- cin entre los dos grupos de ope- rados y no operados. Los auto- res concluyen diciendo que de la comparación de los dos grupos se deduce que ciertas infecciones tienen una estrecha relación con la presencia o ausencia de las amígdalas.

M. L.

PORQUE SE CONTAGIA UNA FAMILIA

Este interesante artículo fue escrito en inglés por la Asociación Nacional de Tuberculosis de E. U. de A. y traducido por el *Consejo Venezolano del niño*, especialmente para la Revista S. A. S.

La obligación de la Trabajadora Social en el Control de la Tuberculosis

La razón por la cual la tuberculosis arrasa con una familia, no es por herencia sino porque, por lo general se contrae por contacto íntimo con algún miembro de la familia que tiene tuberculosis. El bacilo de Coch es la causa directa de esta enfermedad social, pero el ambiente y hábitos de vida juegan una parte muy importante. Los métodos de combatir la tuberculosis están basados en conocimientos médicos. Entender estos métodos y aplicarlos es la obligación de toda trabajadora social, maestros y todos aquellos que de alguna manera se ocupen de resolver problemas de la familia y sociedad.

La tuberculosis puede atacar prácticamente cualquier órgano del cuerpo, pero en más de cuatro quintas partes de los casos ataca los pulmones. Cuando una persona tiene tuberculosis pulmonar, la enfermedad puede transmitirse directamente a otra persona porque los microbios vivos están presentes en el esputo. La infección resulta por contacto íntimo, tal como besar,

toser sin cubrirse, estornudar y llevarse a la boca cualquier cosa que pueda estar contaminada por alguien que tenga la enfermedad.

Infección

Los niños que viven en contacto con una persona que tiene tuberculosis, especialmente en lugares aglomerados, están propensos a contraer la enfermedad. Muchas de las infecciones ocurren en la infancia. La rata de mortalidad entre niños durante el primer año de la vida, que han estado expuestos a grandes focos de infección, es muy alta.

Oportunidades para exposición persisten durante la niñez, por contacto directo con los padres, parientes, amigos o compañeros de juego que sufren de tuberculosis activa. Por calso activo queremos de aquel en cuyo esputo se encuentran los bacilos de Koch.

Si ha habido o no infección puede saberse por medio de la "prueba de la tuberculina." Una gota de la tuberculina se inyecta en la epidermis, si la persona en cualquier tiempo ha sido infectada de tuberculosis, en las 48 horas que siguen el punto inyectado se pondrá rojizo y algo inflamado. Esta prueba es inofensiva y no causa trastorno alguno. Una prueba positiva de tuberculina no indica tuberculosis activa, demuestra solamente si el cuerpo ha sido invadido por el bacilo tuberculoso.

Tubérculos

Cuando el bacilo de la tuberculosis penetra en los pulmones, bien sea por la primera vez o más tarde, muchas células pequeñas acuden al lugar y forman una pared de protección alrededor del bacilo. Esto evita que el bacilo se extienda a otras partes del pulmón. Esta pared que lo rodea finalmente forma una cápsula, y el nido de gérmenes con esta cápsula forma el tubérculo.

Primer ataque

Cuando el bacilo de Koch penetra en el cuerpo del niño por primera vez, algunos de estos se escapan del tubérculo antes de que se haya formado completamente y pasan por pequeños canales llamados vasos linfáticos, a los nódulos linfáticos situados en la base del pulmón. Estos nódulos son similares a aquellas protuberancias que se forman en la nuca cuando hay un ataque de amigdalitis. Entonces los nódulos linfáticos se inflan y si la infección es suficiente, se destruyen en parte. Por último, sales de calcio se depositan en el lugar de los tejidos destruidos, y así los nódulos se "califican." Los nódulos calcificados dan una sombra en la placa radiográfica, y así se hacen visibles.

En la mayoría de los casos de primera infección con el bacilo de Koch, el proceso se detiene en este punto, sin que el niño se enferme. El hecho de que ha habido infección y que ha ocurrido pequeño daño, se descubre por la prueba de la tuberculina y la radiografía.

Ataques subsecuentes

Esta primera infección se llama "tipo infantil" de tuberculosis. Cuando ocurren ataques subsecuentes, el cuadro varía. *Los microbios por lo general* atacan la parte superior de los pulmones, donde tienden a multiplicarse a pesar del esfuerzo del cuerpo para encerrarlos. Al extenderse se forman muchos tubérculos destruyendo y desplazando en una extensión variada los tejidos sanos pulmonares.

Este proceso es el que comienza por lo general en el período de la adolescencia, o muy poco después. Su comienzo no es agudo, como es el caso con muchas otras enfermedades contagiosas, y puede ir progresando por algún tiempo antes de que la persona se dé cuenta de que está enferma. Este es el peligro particular para niñas y jóvenes en esta edad, los cuales debido a su juventud, descuidan su salud, y no quieren admitir que no se sienten físicamente bien.

Inmunidad

Tales enfermedades como la leonina y el sarampión rara vez repiten. Esto es debido a que el cuerpo adquiere una resistencia definida o inmunidad contra las. Simultáneamente, un grado pequeño de inmunidad se desarrolla contra la tuberculosis después de la primera infección con el bacilo de Koch, pero si entran en el cuerpo muchos bacilos a un tiempo, o es seguida de pequeñas infecciones sucesivas rápidas, esta inmunidad no es suficiente fuerte para evitar que a infección se extienda.

La gran mayoría de los niños.

han adquirido inmunidad a la tuberculosis antes de llegar a la escuela superior. Pero hay una diferencia notable entre esta inmunidad y aquellas resultantes de otras enfermedades contagiosas.

Mientras que la inmunidad, digamos del sarampión, parótidas o lechías es completa, aquella de la infección tuberculosa es efectiva hasta cierto punto. Si el cuerpo se debilita por enfermedad o si uno agota las fuerzas y disminuye su vitalidad entonces la inmunidad se acaba y puede desarrollarse tuberculosis activa. La vitalidad se disminuye por medio de ejercicios exagerados, demasiado estudio, el dormir poco, insuficiencia o mala alimentación, trabajo fatigante o cualquier imprudencia de tantas a las que está expuesta la juventud.

También el contacto continuo con un tuberculoso puede exponer a uno a repetidas dosis infecciosas del bacilo, demasiado fuertes para que el cuerpo las resista, entonces es cuando la enfermedad tiene la supremacía.

Signes peligrosos

Toda trabajadora social debe familiarizarse con los primeros síntomas de tuberculosis pulmonar del tipo adulto,

Estés síntomas no significar, que una persona, tiene tuberculosis pero cualquiera de ellos es una señal de aviso que no debe ignorarse, y debe hacerse examinar del médico inmediatamente. Un síntoma que es sospechoso de tuberculosis es el esputo sanguíneo por más ligero que sea. Otros síntomas son: malestar que dura varias semanas, falta de resistencia, apetito malo y caprichoso, fiebre, pulso rápido, ronquera continua, dolor en la pleura, sudores nocturnos. A tales síntomas no debe tratarse de buscársele explicación sino que debe uno ir a casa del médico.

En la tuberculosis infantil, el daño de los pulmones es por lo general tan insignificante que no hay síntomas. Solo por medio de la prueba de la tuberculina y el examen radiográfico puede diagnosticarse. Todo niño que ha vivido en compañía de un

tuberculoso debe someterse a esta prueba y al examen radiográfico.

Resistencia debilitada

Sin el bacilo de Koch no puede haber tuberculosis, pero puesto que el microbio está por todas partes, nunca será demasiada la atención que se le dé al factor causante indirecto; principalmente a la influencia del ambiente. La Tuberculosis va mano a mano con la pobreza y el desequilibrio social. Por qué? Aunque no hay nada en la pobreza *que* en sí misma aminora la resistencia, la pobreza ocasiona condiciones que dan al Bacilo de la oportunidad para destruir y también oportunidad para recontagiar a los cuerpos de aquellos que no están infectadas. Donde hay pobreza, hay por lo general aglomeración y consecuentemente contacto íntimo; la luz solar y el aire libre están casi excluidos, la nutrición sufre. Aún más importante es el efecto de la pobreza en la moral de a familia. "Qué importa!" expresa la actitud psicológica del habitante de un hogar arruinado y desaseado. El descuido se apodera de él. Para qué lavar los platos con cuidado? Por qué dormir solo? Por qué no escupir en el piso? El descorazonamiento, la tristeza, y la inconsciencia abstraen su parte del capital, resistencia.

Deben buscarse los casos

Del punto de vista de Sanidad pública, lo primeramente esencial en el control de la tuberculosis, es descubrir los casos. Toda persona tuberculosa es un

propagador potente de la enfermedad.

Todo caso latente o activo debe averiguársele la causa de manera que ésta pueda ser controlada. La ley requiere de los médicos que reporten al Departamento de Salubridad todo caso de tuberculosis, pero el cumplimiento de esta ley en muchos distritos o comunidades no se cumple como se debe. Muchas personas que tienen tuberculosis lo ignoran, llamando su enfermedad quizás bronquitis, asma o mal del corazón.

Cocineras y sirvientas son a menudo el foco de contagio. La trabajadora social tiene muchas oportunidades de ayudar a los médicos y agentes de la sanidad a descubrir los casos. La más ligera sospechada de que existe un foco de infección debe ser notificada a los agentes de la sanidad.

En varias comunidades a todo niño escolar cuyos padre dan el consentimiento se les hace la prueba de la tuberculina y los de reacción positiva son sometidos al examen radiográfico.

En Massachusetts donde más de 100.000 niños escolares menores de 15 años fueron sometidos a la prueba de la tuberculina, se encontró que el 28% reaccionaron a la prueba y que el 5% del número total, mostró evidencia de ligera afección pulmonar, o infección sólida.

Se investigaron las condiciones familiares de estos grupos y en la mayoría de los casos se descubrió una persona adulta con tuberculosis activa.

Debe instruirse e inculcarse a los miembros adultos de la fa-

milia el por qué no deben permitir que la tuberculosis se desarrolle en el hogar. Esto tomará la persuasión y tacto. Para muchos la tuberculosis es aún tenida como un estigma y tratan de ocultarla, instintivamente de sus parientes y vecinos. Por consiguiente, nos toca a nosotros hacer que cada familia o comunidad realicen la responsabilidad y privilegio que les atañe.

La maestra de escuela ocupa una ventajosa posición especial porque ella puede observar por varias horas del día al niño que está bajo su cuidado. Debe estar alerta para notar cualquier síntoma de fatiga, languidez, mal nutrición, falta de peso, o cualquier otra señal que indique una desviación de la salud normal y crecimiento. Ella puede ejercer gran influencia sobre el niño y sus padres y haciendo esto puede ser una ayudante inapreciable en la lucha contra la tuberculosis.

Después de descubrir el caso, qué hacer entonces?

El enfermo tuberculoso debe concernir a la comunidad entera en la cual vive, por la naturaleza infecciosa, persistente y desmembrante de esta enfermedad. El caso activo de tuberculosis debe separarse del resto de la familia y tener el menor contacto posible con ella. Esto por lo general quiere decir que hay que sacarlo fuera del hogar, y si el médico recomienda el Sanatorio o tratamiento en el Hospital, deben seguir sus órdenes al pie de la letra y lo más pronto posible.

Hasta que el paciente salga de la casa debe tener un cuarto solo, y si esto no es posible, cama solo, en un cuarto bien ventilado, donde le entre bien el sol. Muchas veces es preferible que esté al aire libre todo el tiempo. Todo esputo debe quemarse o desinfectarse. Los platos y cubiertos del paciente deben estar separados y ponerlos en una olla con agua fría y ponerlos en seguida a hervir antes de lavarlos. Todos sus objetos personales deben tenerse en su cuarto. La ropa de cama también debe ponerse en agua fría y hervirla antes de llevarla. Las cobijas, colchones y almohadas deben asolearse bien constantemente. El paciente y la persona adulta encargada de cuidarlo deben ser bien instruidos en lo que respecta la higiene que deben tener y las precauciones necesarias, tales como lavarse muy bien las manos inmediatamente que le hagan cualquier cosa al enfermo.

Todo miembro de esa familia debe hacerse un buen examen, por un especialista de la enfermedad. Los niños menores de 15 años cuya reacción a la tuberculina es positiva y todas las personas de más de esa edad deben someterse a un examen radiográfico. En ninguna otra forma puede descubrirse el principio de esa enfermedad. Deben hacerse exámenes subsecuentes a intervalos regulares.

Después que el paciente entra al hospital o al Sanatorio, el cuidado de la familia debe seguir. La situación económica debe ser satisfactoria de manera de conservar a los demás miembros de

la familia en buena salud. Mientras dura la ausencia del enfermo la vida hogareña debe reconstruirse lo mejor posible, de manera que a su regreso no haya ninguna interrupción en la rutina familiar.

Los miembros de la familia deben saber por qué aquella persona no debe fatigarse demasiado y cuál es la mejor manera de ayudarlo, para que no recaiga. Durante su permanencia en el Sanatorio se le deben llevar noticias frecuentes de su familia. En algunas comunidades donde no hay enfermeras públicas de la Sanidad o trabajadora social, la vigilancia esta recae sobre la maestra o trabajadora social privada.

Cuando esté en condiciones de trabajar deben animarle y "buscarle el trabajo que pueda desempeñar. Debe seguir siempre bajo el control médico. Si comienza a sentir cansancio, falta de peso o debilidad general, debe facilitársele descanso por unas semanas.

La ayuda a la familia del tuberculoso

La Tuberculosis se llama la enfermedad de la familia o del hogar. Es una enfermedad de encuentra fértil terreno para desarrollarse en condiciones sociales mal sanas e indebidas. Para construir sobre base firme cada familia tiene que tener una entrada suficiente. Si la entrada no es suficiente, debe proporcionársele ayuda para asegurar un standard de vida saludable. Es una economía mal entendida de no dar la debida ayuda o de darla sin un objeto definido. La

ayuda es uní de los instrumentos necesarios en la campaña contra este terrible enemigo cuando esté indicada tan libremente y continuamente como se hacen los exámenes físicos, y los tratamientos en los sanatorios y en los servicios necesarios. La educación o instrucción necesaria debe dársele tanto al paciente como a la familia.

La tuberculosis que es responsable por más pérdida de salud entre nuestra juventud de los 18 a los 30 años, que ninguna otra enfermedad debe dominarse, como se ha hecho con la difteria, varicela y muchas otras enfermedades que se evitan. Mientras se encuentra una cura específica para esta enfermedad, sigamos nuestros continuos esfuerzos para descubrir y reconocer los primeros síntomas de una infección que comienza. Mientras que alcanzamos un control completo, nuestro programa debe seguir fijo e inteligentemente y al ir adquiriendo nuevos conocimientos, debemos aplicarlos con mayor habilidad y técnicamente.

T U B E R C U L O S I S

DESCUBRIRLA TEMPRANO — CURARLA TEMPRANO

Peligro..Si se cansa fácilmente
Pérdida de peso.

Signos , .Indigestión.
Tos persistente.

QUE SU MEDICO DECIDA.

Todo el mundo debe conocer los
signos peligrosos.

Ptosis Gastrointestinales y Estados Asténicos

(CONSIDERACIONES) *Por el*

Dr. Víctor M. Terrizzano

Mucho se ha evolucionado en el concepto de la ptosis de vísceras huecas. El entusiasmo suscitado por el armazón clínico erigido por Glenard, ha sucedido en los últimos años, una desazón, un descontento que no creemos justificado. El conocido clínico catalán Gallart-Monés fue quien inició este movimiento diciendo que "la palabra ptosis ha hecho fortuna," pues ha servido para denominar durante 30 años unas serles de trastornos que a veces no tienen ninguna relación con ella.

El Dr. Raúl Gournier, miembro de la Asociación Mexicana de gastroenterología, avanza más en su crítica, aseverando que el movimiento "ptosófilo" produjo un atraso tan grande en el dominio de la Gastroenterología que durante algunos años la preocupación de los médicos fue acumular signos y síntomas de una enfermedad tan improbable como improbable y se dieron a la tarea de pretender arreglar todas las disfunciones gastrointestinales con fajas y lo que fue peor con complicadas operaciones quirúrgicas, que, las que mejor salían, dejaban igual a los enfermos. En cambio : el Dr. Fournier descarga, por así decir, los síntomas ptósicos. en la enfermedad osteo-conjuntiva-elastoplástica de Jacqueline y en la enfermedad ortostática de Abram.

La enfermedad ortostática de Abrami, a su vez, vendría a corresponder a "las enfermedades: posturales," clasificadas con antelación por Novoa Santos en 3 síndromes: cerebral, cardiovascular, y digestivo.

A su vez el Dr. Quiñónez, distinguido mexicano, estima que en la ptosis no se entiende solamente que la víscera esté fuera de su sitio, sino que esta dislocación sea producida por retracciones o lesión orgánica de origen infeccioso o tóxico.

Creemos que esta abierta divergencia de teorías pueden zanjarse con la autorizada palabra del mismo Gallart Monés, cuando afirma que es preciso distinguir la ptosis-síntoma que pueden acompañarse de ningún otro trastorno patológico, de la ptosis-enfermedad, que se caracteriza por la coexistencia de múltiples síntomas . sobre el fondo de una predisposición somática constitucional.

En este¹ sentido opina igualmente Quervain que "niega a la ptosis un cuadro sintomatológico característico, y entre nosotros Barilari acertadamente concreta diferentes apreciaciones diciendo que "la sintomatología subjetiva 'del enfermo no siempre es paralela al grado de ptosis.'"

Apartede los casos que no acusan trastorno alguno, existen las

pequeñas ptosis con exhuberancia de síntomas subjetivos y a la inversa grandes ptosis con pocos síntomas, lo que ocurre por lo demás en múltiples procesos de clínica general.

Hagamos previamente un poco de historia. Comencemos por citar los nombres de Bouveret, Hayen, Mathieu, Trastour, Kusmaul, Ewald, Hertz, cuyos diversos aportes comenzaron por llevar la atención a este tópico.

Pero, como decíamos, son los trabajos de Glenard de 1885 en adelante, los que dieron forma a esta entidad clínica de las ptosis viscerales.

Relativa a la patogenia este mismo autor enunció la teoría del hepatismo, atribuyendo a una diátesis hepática la 'atrofia y descenso del intestino delgado que a su vez acarrea la caída de los órganos que apoyan en éste.

Pero antes de seguir adelante creemos racional admitir del punto de vista etiopatogénico, dos formas de ptosis viscerales; la adquirida o de Landau y la congénita.

La primera deriva de los embarazos repetidos, de enflaquecimientos acentuados, de punciones ascíticas copiosas, de extirpación de tumores abdominales voluminosos, de evento acciones marcadas, etc. La pérdida, de elasticidad y tonicidad de los músculos abdominales principalmente, y de los perineales accesoriamente, ocasionaría en primer término una distensión de los ligamentos viscerales y luego su relajación. Para Lañe-, la po-

sición vertical es la principal causa de la dislocación visceral. Moutier invoca la lesión del plexo solar favorecida por la actitud erecta, que tendría una acción trófica sobre las vísceras. Faber ha creído reconocer en los ptósicos heredodistrofias en las que la sífilis juega un papel predisponente.

Mathes y Reitch señalan la influencia del factor respiratorio y basados en la mayor frecuencia femenina de las ptosis, aducen que el tórax femenino no aspira suficientemente las vísceras abdominales. Rowsing, lo mismo que Hayem y Bouveret, achacan el cuadro al corsé y a los embarazos. A su vez M. J. Lorin Epstein, admite que las vísceras abdominales y aún 1 as retroabdominales. son mantenidas en posición correcta no por los mesentenos o ligamentos de sostén, los cuales no juegan más que un rol orientador, sino por la presión recíproca de los órganos entre sí, sostenidos por la contracción tónica refleja de las paredes de la cavidad abdominal y del diafragma pelviano. Además participa parcialmente, el tono del diafragma. El conjunto y acción recíproca de estos reflejos determinan y mantienen la forma de la cavidad abdominal. En condiciones fisiológicas, el tono reflejo del mantenimiento automático, de nuestras vísceras' se obtiene por la excitación de los aparatos sensitivos abdominales, dispuestos en los mesenterios y peritoneo (de preferencial parietal). La excitación de tales aparatos sensitivos sería provocada por las variaciones de volumen de las vísceras huecas

y por el desplazamiento de las vísceras en los cambios de posición.

La insuficiencia de la capacidad reflectiva de los mencionadas aparatos, ocasiona un tonus de contradicción insuficiente, que a la larga, lleva a la distensión crónica de la pared forzada pasivamente en las regiones declives de la cavidad abdómino-pelviana por el peso propio de las vísceras. Además, el descenso crónico visceral y la distensión consecutiva de los mesenterios disminuye la sensibilidad de los aparatos receptores sensitivos y entorpece su capacidad refleja. Se instala así, según la concepción de Lorin **Epsteln**, un círculo vicioso.

Ahora, si pasamos a considerar el factor congénito o constitucional, debemos mencionar en primer término a Tuffier, quien comenzó a hablar de la insuficiencia congénita de los tejidos. Pero fue Stiller, quien consideró la gastropsis como integrante

de una anomalía constitucional y lo denominó "hábito asténico universal" o "enfermedad asténica." Aunque Stiller reconoció la relación de este tipo constitucional con la predisposición neuropática general y la hiperestesia del sistema nervioso vegetativo valorizando a la vez la astenia general y la hipotonía del sistema muscular, sin embargo, no puede aplicarse a este cuadro indistintamente el rótulo de hábito o enfermedad.

Para Pende, el hábito atónico de Stiller corresponde al de un tipo longilíneo pero desviado patológicamente en *el* sentido de una variedad hipoplástica, hipoevolucionada. Los sistemas muscular y ligamentoso son hipoplásticos, al par que los aparatos digestivos, genitales, y adenolinfáticos son hipoevolucionados. Agreguemos que el sistema nervioso vegetativo acusa hiperexcitabilidad vagal y completaremos el conjunto de este longilíneo asténico.

Relativo a la glándula o constelación glandular predominante. Pende admite las variantes (o temperamentos endocrinos) siguientes: hipertiroidea o hipertímica o hipertiroidea-hipoparatiroidea (tipo asténico espasmófilo de Pentz) o hipertiroidea hiposurrenética. Recordemos con Godin que es función esencial de 1 timo mantener flácidos y elásticos los tejidos por pobreza de tejido fibroso y que su involución y la maduración de la glándula sexual y de las glándulas virilógenas (hipófisis y suprarrenal) provoca el aumento del fibriloplasma muscular sobre el sarcoplasma y por lo tanto el robustecimiento de los músculos y la consolidación fibrosa de los órganos. La astenia y la atonía general, la flacidez de los músculos de los ptósicos se explican, pues, según la escuela italiana por un hipertimismo primordial o secundario con hipogenitalismo, hiposurrenalismo acompañados de hiperestenía del vago e hipoastenia del simpático. En suma el hábito asténico de Stiller presenta muchas desarmonías hipoevolutivas de origen endocrino.

Estas consideraciones han movido seguramente a Godin, director del Instituto J. J. Roseau de Ginebra y apasionado investigador de las leyes de ontogénesis y auxología, a solicitar para estos enfermos, no una cura localista, sino un tratamiento que contemple estas variantes.

Lo mismo apoya Gallart Monés cuando dice "que el haber considerado largo tiempo la pto-

sis como una enfermedad ha sido la causa de un mal terapéutica.

Veamos la *sintomatologúir* que nos ofrece el ptósico gastrointestinal : Debemos comenzar por examinarlo de pie, que es la posición dinámica del individuo y donde la fisiopatología de esta afección se hace más notable, luego en decúbito dorsal, posición estática (posición reductora visceral) y por fin durante la marcha. "En la marcha, dice Gambetta en su tesis sobre "El hábito asténico de Stiller," mantenemos en contracción involuntaria diversos músculos de las extremidades, de la columna vertebral, etc., pero dejamos laxos completamente los músculos anteriores del abdomen, quitando así este importante sostén a las vísceras abdominales y contribuyendo por consecuencia a la ptosis. Esto sucede realmente por una falta de educación física, la prueba está en que todos los atletas gimnastas y hombres que llevan una vida física activa, tienen normalmente sus músculos del bajo vientre bien desarrollados y los mantienen por lo general e involuntariamente contraídos al pararse y caminar, de allí que sus vísceras abdominales estén en su lugar, que tengan buenas digestiones y que no existan constipaciones."

La inspección revela un vientre o bien todo excavado o sino deprimido en región epigástrica y abultado en la infraumbilical ((vientre en alforja). La palpación añade a la flacidez de la pared del vientre, la hipotonía de la fibra lisa visceral (Isiasfce-

nia) obedeciendo ambas posiblemente a un trastorno común. La laxitud y relajación de los músculos abdominales favorece la ptosis.

La pared anterior y el piso abdominal de tonismo precario contienen deficientemente las vísceras: no ofrecen base ni resistencia a esos órganos sometidos a presiones y movimientos diversos, por lo que esos órganos descenden y sus aparatos de contención (mésentenos y epiploes) ceden y pierden toda eficacia.

Esta exploración nos informa igualmente de la hiperestesia epigástrica aún para la palpación superficial y del latido aórtico epigástrico a veces doloroso y cuyo hallazgo fácil implica para Lorin una disminución de tensión abdominal y también desplazamiento y debilitamiento de los órganos interpuestos entre la pared abdominal anterior y la aorta. Las maniobras de clapoteo y sucusión pueden provocarse hasta después de 6 horas de las comidas.

El examen radiológico evidencia el grado de desplazamiento gastrocólico y si éste se acompaña de alguna otra ptosis de viscera maciza.

Las ptosis adquiridas se han observado en este orden de frecuencia: ptosis del ángulo derecho del colón; la de este codo y del riñón derecho, ésta última acompañada de ptosis gástrica; la de estos tres órganos e hígado. Muy raramente se ptosa el riñón izquierdo aisladamente.

Igualmente la radioscopia nos informa si la ptosis es movable o fija, con examinar al enfermo en posición vertical y horizontal. Si la ptosis es fija o irreductible hay que pensar en procesos periviscerales. También por el examen radiológico llegaremos a certificar la existencia de procesos concomitantes y que pueden enmascarar la sintomatología tales como: apendicitis, colecistitis, ulcus, afecciones abdominales, etc. Es el estudio radiológico por el que ha permitido al profesor T. Martini, siguiendo las ideas de Faroy, sustituir el concepto de gastroptosis por el de dolicoestría ortodigestiva o

sea distensión, estiramiento o alargamiento de esa víscera. Con ello se quiere significar que el estómago no desciende, sino que sufre un alargamiento vertical, dada la falla de su tono muscular y del poder funcional de la fibra lisa. Pero como observa el Dr. **Barilari**, pueden coexistir la dolico gastría y la gastroptosis. Por último, la radiología nos exhibe el funcionalismo de las vísceras huecas. Así se ha observado junto a un cuadro general de atonía e hipokinesia la existencia en ciertos ptósicos de espasmodicidad del transversal acompañada de atonía y dilatación del ciego, dando el tipo especial de constipación cecoascendente.

Los signos subjetivos que pueden presentarse son diversos; dolores gástricos o mejor epigástricos inmediatamente a la ingestión de alimentos o al poco rato y que se ha interpretado como debido al tironeamiento del plexo solar, evidenciable por la maniobra de Leven o Glenard (indistintamente llamada así). De estas crisis solares, Paul Jacquet dice "que su frecuencia es tal que su aparición en un dispeptico mal clasificado y en ausencia de toda causa evidente, debe hacer pensar en una ptosis visceral." Además, sensación de plenitud gástrica después de la ingesta, los erupicos facrofagia) la anorexia, los vómitos, la sensación de decaimiento, (sobre todo en posición de pie), el enfriamiento de las extremidades, la astenia de tipo especial que se acentúa después de medio día, las enteralgias nocturnas, son otros

tantos síntomas registrables en los ptósicos de vísceras cavitarias.

Del punto de vista funcional se pueden encontrar en las gastroenteroptosis diversos síntomas. Por lo común hiperacidez, más raro aquilia gástrica. No olvidemos que el cuadro de estos enfermos no presenta ninguna característica fija. Se ha señalado con cierta constancia la constipación sin que los hechos la ratifiquen fielmente.

Del trabajo de los Dres. Gallino y González, conviene destacar las siguientes cláusulas sobre este punto:

"1) No todo ptósico es constipado; 2) Hay sujetos fuertes y constipados sin ser ptósicos; 3) Corrigiendo la ptosis disminuye la constipación apareciendo a nosotros como efecto y no como causa."

Es lógico pensar que la emigración de los órganos huecos hacia la región abdominal inferior acarrea un entorpecimiento de las funciones peristálticas que ocasiona el estancamiento del contenido digestivo provocando distensión, hipotonía visceral, hipersecreciones y por ello inflamaciones catarrales (gastritis, colitis, etc.), cuyas consecuencias pueden ser la enterotoxiosis. La constipación puede a veces alternarse con crisis pseudodiarreicas y otras veces ofrece el cuadro de la colitis mucomembranosa.

El estudio de la función diafragmática e importante sobre todo considerando que figura

entre los factores que gobiernan la estática y dinámica de las visceras abdominales.

El asténico de tórax largo y estrecho con descenso de la abertura inferior con una acción elevadora diafragmática disminuida deberá determinar, dice Stroemer, una hipomiotonía abdominal con opresión de las visceras del vientre.

Dentro de los síntomas funcionales podemos destacar el metabolismo basal. Su examen reveló una mayoría de los asténicos cifras bajas y otras anormalidades.

Así los asténicos producen mayor cantidad de ácidos en el esfuerzo y mayor acidez gástrica, que se traduce por mayor expulsión de ácido carbónico por las vías respiratorias (disnea) y por mayor producción de ácido láctico durante el trabajo muscular. Esta acidosis ocasional provoca la fosfatura reaccional compensatoria, expresión de la alcalosis resultante. Hay además comúnmente en estos enfermos hipoglucemia y a veces hipocalcemia. Del punto de vista físico es de señalar la astenia que se denota en la imposibilidad de efectuar esfuerzos físicos rontinuados y en la aparición precoz prolongada de la fatiga. En conexión con estos trastornos ¿bebemos mencionar la hipotonía del sistema venoso por debilitamiento vasomotor a la que tanta importancia atribuyen Martini y Pierach. Del mismo modo se observa hipotensión arterial.

*Del punto de vista psíquico*¹ resalta el desfallecimiento general verdadera astenia intelectual, no siendo raro se acompañe de insompios, pesadillas que abonan el fondo neuropática de estos enfermos.

"Para sufrir ptosis hay que estar predispuesto," decía Tulffier.. y "esa predisposición la constituye la neuropatía del sujeto," agregaba Mathieu.

En lo concerniente al *funcionalismo neuroendócrino*, conviene marcar en primer término los síntomas **suprarrenales**: hipotensión arterial, hipoglucemia en ayunas, debilidad general y cansancio crónico, el vértigo, **los** trastornos gastrointestinales, la impotencia y los trastornos menstruales. Conocemos la importancia que atribuye Marañón a la insuficiencia suprarrenal en estos enfermos. Igualmente se¹ ha constatado la insuficiencia genital primaria o consecutiva a trastornos suprarrenales o hipofisiarics.

Xa **insuficiencia** anterohipofisiaria explica la hipoglucemia por hiperinsulismo secundario. Relativo a la similitud del cuadro asténico con el adelgazamiento hipofisiario, síndrome de Simmonds, Marañón explica este último por la atrofia de la corteza suprarrenal e indica opoterapia cortical y régimen clorado.

Los síntomas tiroideos serían: el adelgazamiento, los trastornos cardiacos, el temblor, pero considerando el metabolismo baso! bajo es lo que llevaría a hablar

de una forma frusta de mixedema. La intervención de la paratiroides podría explicar las alteraciones del equilibrio ácido-básico de los asténicos muy semejante a aquel de la tetania, **que** también se acompaña de alcalosis e **hipocalcemia**. En suma se puede hablar de una participación hormonal **'Múltiple**

El estudio del *sistema nervioso vegetativo* revela, como hemos visto, un predominio vagotónico. Las últimas investigaciones de los fisiólogos norteamericanos y europeos, atribuyen al sistema vegetativo simpático, una verdadera función defensiva del organismo frente a las intoxicaciones endógenas y exógenas y también a todas las infecciones. En cambio la hipervagotonía que se acompaña ordinariamente de "alcalosis" favorece el desarrollo de ciertas infecciones "colibacilosis, infecciones piógenas, supuraciones prolongadas) y acompaña corrientemente {como lo han demostrado Head., Viola, Cushing, Laignel-lavastine, ovanovitch) a las infecciones del aparato digestivo y respiratorio y en particular a la tuberculosis, siendo también el terreno preparatorio de la cancerización, el reumatismo y la vejez prematura entre otras muchas perturbaciones.

Vemos que la hiperexcitabilidad vagal del asténico nos impone de su labilidad orgánica frente a las intoxicaciones e infecciones.

Además según los trabajos de Hess y Brum, el parasimpático

sirve en principio para el acopio y preparación de las fuerzas mientras el simpático actúa desde el momento en que se ejecuta una acción.

Cuando en el hombre durante el trabajo aparece la sensación de fatiga es la señal-aviso del sistema vagal, sistema ahorrativo, de acopio, que deberá reparar las reservas consumidas. En estado de descanso el individuo está bajo la égida del sistema vagal; durante la acción bajo el dominio del simpático. La enunciación de estas conclusiones explicaría la astenia de los enfermos de que tratamos. Así también el vagotonismo explica la hipotonía del sistema vascular, la flacidez de la musculatura y la ptosis de los órganos abdominales.

Del punto de vista intestinal, es de aclarar que el vago parece ser el que inerva la musculatura longitudinal, en tanto que el simpático inerva las fibras circulares del intestino. Por eso el vagotónico tiende a las diarreas y el simpático a los espasmos y el estreñimiento espástico. En el asténico lo más frecuente es la alternancia de períodos atónicos y de períodos diarreicos.

En resumen, se encuentra en estos ptósicos asténicos, perturbaciones metabólicas, sobreviniendo en personas de estructura somática especial, con trastornos de glándulas endocrinas y con un predominio parasimpático en la esfera neurovegetativa.

Una Restauración contra las Rutinas Sanitaris

El Consejo de Higiene de la ciudad de Nueva York ha resuelto, después de una experiencia de dieciocho años prescindir del examen obligatorio de los industriales que manipulan alimentos. Un estudio metódico del rendimiento efectivo del examen médico de todos los que se entregan a este género de actividades, ha convencido a los técnicos de sanidad de la gran urbe, que se trata de una medida costosa, ineficaz en ocasiones y que no brinda las debidas garantías. Además, se ha podido comprobar que salvo la fiebre tifoidea, transmisible por los alimentos, las demás enfermedades pueden serlo en circunstancias excepcionales. Suprimido el "carnet sanitario," para los ojos de muchos un documento básico para asegurar la salud pública, — el Consejo de higiene de la inmensa ciudad ha creído que se ampara mejor la salubridad colectiva mediante estas normas: 1^o—Notificación de los casos de enfermedades infecciosas, indicando el oficio del enfermo, y si está entregado al comercio de alimentos, suspensión momentánea de sus actividades hasta su curación completa y su inocuidad; 2^o—Búsquedas epidemiológicas y vigilancia sobre los casos de fiebre tifoidea, especialmente en los que mani-

pulan alimentos; 3^o—Exclusión de toda actividad en el mercado alimenticio, de todos los portadores de bacilos tíficos, así como de sus familiares y ^—Educación de las personas que manipulan alimentos. Para prevenir la infección, el mismo Consejo recomienda la higiene personal: lavándose siempre las manos antes de comer, facilitando esta operación, mediante la instalación de lavabos provistos de toallas higiénicas; empleando pinzas y manecillas que reduzcan al mínimo la manipulación de los alimentos; poniendo afiches por doquiera se manipule alimentos, recordando las precauciones que deben tomarse y por último, haciendo responsables al empresario y al servidor, en los casos en que se compruebe que no tomaron las debidas providencias entre su personal entregado a labores que tengan que hacer con la alimentación, cuando esté atacado por una enfermedad contagiosa. Como se ve, ya no es esa labor difusa y rutinaria, que sólo da una seguridad falsa, sino labor adecuada y concreta, como, lo demanda la Higiene moderna.

(De *La Reforma Médica*, Lima—
Perú, junio 15 de 193&)..

N O T A S

Regreso de un Consocio

Después de varios años de ausencia ha regresado a esta ciudad nuestro estimado consocio, el Dr. Arístides Girón Aguilar, quien por más de dos años visitó las principales clínicas europeas haciendo estudios especiales de Pediatría. Nos es grato saludar al estimable colega y esperamos que las páginas de esta Revista se vean honradas con su colaboración sobre lo mucho que pudo apreciar en su reciente jira científica.

*Congresos y Sociedades**X Conferencia Sanitaria Panamericana*

La décima Conferencia Sanitaria Panamericana se reunirá en la ciudad de Bogotá, Colombia durante los días 4 a 18 de Septiembre próximo entrantes. Los temas que se tratarán serán los siguientes:

Organización de la campaña panamericana para combatir las enfermedades venéreas.

Seguridad Social en sus aspectos médico y de salud pública.

Prevención y control de la fiebre amarilla.

, conocimientos, recientes en el es de . la lepra. Campaña contra la lepra¹

Organización de la campaña contra la tuberculosis.

¿Enfermedades producidas por virus. Problema de los portado-

res de virus y gérmenes en las epidemias.

La delegación hondureña a esta conferencia estará integrada por los doctores Pedro H. Ordóñez Díaz, Director General de Sanidad y Humberto Díaz, Jefe del Servicio de Profilaxis Venérea de la Dirección General de Sanidad.

V Congreso Médico de Centro América-Panamá

Bajo los auspicios de la Universidad Nacional del Salvador, tendrá lugar el V Congreso Médico de Centro América-Panamá durante los días 5 al 12 de noviembre.

El temario oficial, fijado al clausurar el V Congreso que se celebró el año pasado en Guatemala, es el siguiente:

Guatemala.—Unificación de los planes de estudio de medicina en Centro América y Panamá, legislación y reglamentación del ejercicio de la profesión médica en estos países.

El Salvador. — Morbilidad y mortalidad infantil.

Honduras. — Organización de los trabajos contra el paludismo.

Nicaragua. — Código de moral médica; censura y vigilancia de publicaciones y propaganda médicas.

Costa Rica.—Alimentación del pueblo y enfermedades por ..Carercia. ,,- ..

Panamá. — Sprúo y anemias criptogénicas.

No se ha anunciado oficialmente todavía el personal que integrará la delegación hondureña a este Congreso. Los doctores Antonio Vidal, Manuel Cáceres Vijil y Romualdo B. Zepeda han preparado trabajos sobre el tema oficial asignado a Honduras.

Nuevas publicaciones

Continúa nuestro canje enriqueciéndose con la llegada de nuevas y valiosas publicaciones.

Entre las que han visto la luz pública por primera vez figuran:

GACETA MEDICA DE OCCIDENTE, Santa Ana, El Salvador.

Como órgano del Hospital San Juan de Dios y de la Sociedad Médica de Occidente, aparece por primera vez esta revista. La dirige nuestro viejo y querido amigo el Dr. Gustavo E. Alvarez, destacado profesional santaneco, hombre de estudio e infatigable luchador. Como conocemos la labor del Dr. Alvarez, cuando en playas extranjeras nutría si cerebro con los últimos conocimientos del arte y ciencia de curar, no dudamos que esta publicación estará pronto a la vanguardia de las publicaciones médicas centroamericanas.

BOLETÍN DEL COLEGIO MEDICO DE CAMAGUEY, Camagüey, Cuba.

Como una consecuencia de la reorganización de la Federación

Médica de Cuba, ha surgido el Colegio Médico de Camagüey como filial de aquella agrupación y como su órgano de publicidad aparece el primer número del Boletín. Trae interesante material compuesto por trabajos originales y magnífica presentación.

MÉXICO MEDICO, México, D. F.

Revista bimestral editada por un grupo de ex alumnos de la Escuela Médico Militar de México. Viene a reemplazar la antigua Revista de Sanidad Militar desaparecida algunos años atrás. Entre los trabajos de este primer número sobresale el del Dr. Jorge Moneses Hoyos sobre el Diagnóstico de las Aortitis.

VIDA NUEVA, Habana, Cuba.

No una nueva publicación pero sí una innovación que nos trae el último número de este prestigiada revista cubana a la que se le agregará una Sección de Radiología. Demás está decir que esta sección está editada con el esmero que ha hecho famosa a la revista madre, nitidez en la impresión y grabados, selecto material, amplia sección bibliográfica, etc. Que la especialidad de la Radiología ha alcanzado un alto grado de adelanto en Cuba nos lo demuestra un trabajo, nítida y profusamente ilustrado, sobre el tema muy moderno de la Tomografía.