

REVISTA MEDICA HONDUREÑA

ÓRGANO DE LA ASOCIACIÓN MEDICA HONDUREÑA

Director:

Dr. Salvador Paredes P.

Redactores:

Dr. Camilo Figueroa Dr. Manuel

Larios Córdova

Dr. Manuel Cáceres Vijil

Secretario de Redacción:

Dr. Tito López Pineda

Administrador:

Dr. Manuel Castillo Barahona

Año I

Tegucigalpa, Honduras, C. A., Abril de 1931

| Num.12

PAGINA DE LA DIRECCIÓN

Próximamente hará dos años que fue organizada la Asociación Médica Hondureña con los propósitos más nobles de alcanzar para el gremio médico de la República distinguido lugar en el concierto de las actividades humanas.

Ninguna profesión tiene más derecho de ser estimada y respetada en las sociedades: ella absorbe la vida entera de quienes la ejercen; machaca continuamente los sesos con las nuevas adquisiciones brindadas por los grandes experimentadores, los descubrimientos de los sabios entregados al durísimo trabajo de los laboratorios; y los crueles desengaños que dejan la ignorancia, la maldad de los favorecidos con el fruto de nuestros devaneos y amarguras.

Por **eso**, para resarcirnos un tanto del dolor que nos causa, hemos querido dignificarla, llevarla al más alto nivel, mediante la decente y honorable manera de ejercerla; fundamentada en una conducta irreprochable; en el trato asiduo con los maestros consagrados sea en los libros, en conferencias o revistas; en el estudio constante y sereno de los conocimientos aplicables a nuestro medio y en una coopera-

ción ilimitada ajena a todo egoísmo y menosprecio por el colega.

Estos fueron los grandes puntos de vista que dieron vida á la Sociedad, que la mantienen y darán una larga existencia con las generaciones venideras.

Entre muchos trabajos presentados a la consideración de la Sociedad, de diversa índole, merecen especial mención los encaminados a vigorizar y dar prestigio a la misma, en forma de proyectos de ley presentados al Congreso Nacional; a la regulación profesional en lo referente a la conducta de algunos desviados de las normas marcadas por la moral y el respeto a la vida humana; en conferencias de alto mérito; en sugerencias para nueva y mejor organización de los centros de enseñanza, etc.

La Escuela de Medicina goza de todo el afecto y cuidados de la Sociedad, tiene para ella reservada sus mejores energías, el estímulo bienhechor para los que laboran con amor y entusiasmo por cimentarla sobre sólidas bases de estabilidad y prestigio; en ella se modelan con mano primorosa los nuevos galenos encargados de continuar la obra por nosotros iniciada.

Cada día se ven llegar mejores entidades dispuestas a prestar su contingente intelectual y moral a los jóvenes educandos. Recientemente seis profesores de indiscutible competencia han ingresado a las filas del batallón educacional, dos de ellos en la rama de Farmacia.

Concluidos los pabellones del Hospital General queda abierto el amplísimo campo de la enseñanza práctica a todos los individuos de buena voluntad que quieran pagar su deuda esforzándose por transmitir sus recientes conocimientos a los estudiantes; allá esperan las salas de enfermos a los modestos y patriotas deseosos de mostrar que lo son.

La Revista Médica termina con este número el primer año de vida y se prepara a entrar al segundo muy firme y segura del éxito, para el que cuenta con el beneplácito de los socios y la buena acogida de sus favorecedores, lectores y anunciantes. Ha pasado por el período de prueba, entre los negros pesimismos y peores augurios de los débiles y haraganes; ha mostrado lo capaz de un grupo de individuos dispuestos a todo por alcanzar el triunfo.

En resumen la Sociedad Médica Hondureña está orgullosa de haberse enriado con profundas raíces en la senda venturosa que soñaron sus fundadores; está fuerte de capi-

tal moral e intelectual; con frecuencia se presentan solicitudes de ingreso de elementos valiosos que quieren prestar el contingente personal a la suma de sus actividades; ella ha legislado ya sobre la forma honorable y científica de obtener plazas en los servicios hospitalarios y las cátedras; vela por el bienestar de sus componentes y no la detendrá ningún obstáculo en su marcha ascendente hacia la realización de sus postulados.

La Revista Médica Hondureña al fin del primer año envía un saludo fraternal, a los miembros de la sociedad y con él la palabra de aliento y el grito de victoria que jamás dejará de oírse en las luchas de nuestro gremio contra toda atingencia nefasta y contra todo acto dirigido contra su honor y el bienestar de la Patria y la Humanidad.

Tegucigalpa, abril de 1931.

La Misión Médica Hondureña en Nicaragua

La Asociación Médica Hondureña, junto con el pueblo y Gobierno de Honduras, sintió de la manera más sincera y profunda, la tremenda desgracia sucedida en Managua con motivo del gran terremoto del 31 de marzo pasado.

Pero ese sentimiento de hondo pesar no podía reducirse a los linderos del espíritu, tal era la magnitud de la catástrofe; por eso la Asociación ofreció al Gobierno los servicios gratuitos de algunos de sus miembros para ir a prestar su contingente a los hermanos de Nicaragua. Gustoso aceptó el Gobierno la oferta

e inmediatamente salieron para **Managua** los Doctores Manuel

Larios Córdova, Rubén Andino Aguilar y Salvador Paredes, con los practicantes Ramón Villeda Morales, Marcial Cáceres Vijil y Miguel Ángel Hernández, llevando un equipo suficiente de instrumentos, material de curación y

medicinas,

La Misión llegó a Managua a ponerse a las órdenes del Presidente Gral. Moneada, para **que** le designara el campo de sus actividades.

Hizo presente la enorme pesadumbre que embarga al pueblo y al Gobierno de Honduras, como a la Asociación Médica Hondureña por la trascendencia dolorosa ocasionada por el movimiento sísmico

El Presidente agradeció am-

pliamente el sentir de Honduras y designó la ciudad de León para centro de sus trabajos. Inmediatamente la Misión, después de ser objeto de las más finas atenciones, que nunca terminará de agradecer, de parte de altos personajes de la capital, salió para León a cumplir su cometido. Allí

permaneció algunos días hasta que no habiendo necesidad de su presencia, regresó a esta ciudad. La Asociación Médica Hondureña, una vez más, hace patente su duelo al pueblo de Nicaragua y al gremio Médico de aquel país hermano.

Tegucigalpa, abril de 1931.

Las enfermedades tropicales en nuestro país

Por el Dr. Manuel Cáceres Vijil.

II

La Disentería producida por la Entoemeba Histolítica es responsable en nuestro país de un porcentaje alto de mortalidad y morbilidad, encontrándose dicho parásito en las distintas zonas, ya cálidas, templadas o frías. Hoy casualmente se está desarrollando una epidemia de disentería amebiana en esta zona de lo más alarmante. Un cincuenta por ciento de los enfermos que asisten a la consulta diaria se quejan de dolor abdominal, tenemos, a veces fiebre y deposiciones sanguinolentas; examinadas las materias fecales de los enfermos que por su estado de gravedad se internan en el Hospital, en todo a ellos se encuentra la Entoemeba, ya sola o asociada a otros parásitos, entre los más frecuentes son el Anquilostoma, ascárides, tricocéfalos, lamblías y Strongilius. Esta

enfermedad que se presenta por brotes de epidemia, no dejando por eso de haber ciertos casos esporádicos en diferentes épocas y estaciones del año, ataca tanto a niños como adultos, siendo desde luego más mortal en los primeros debido a su debilidad orgánica y a lo difícil de su tratamiento por la emetina, dado los peligros de usar este medicamento a altas dosis.

Se presentan tipos morbosos con sus más puros caracteres clínicos. Sin embargo se encuentran formas mixtas, cuadros clínicos complejos; así he tenido ocasión de asistir pacientes con disentería amebiana y bacilar, en un estado de postración alarmante, con un pronóstico fatal y cuyas deposiciones ya no eran disenteriformes, sino verdaderas melenas con grandes esfacelos de mucosa, que necesitaron un tratamiento enérgico.

gico de fuertes dosis de emetina, suero polivalente Flexner, stovarsol, yatren 105, etc. y régimen dietético apropiado para poder rescatarlos.

La propagación de esta enfermedad se hace por medio del agua y de las moscas. La contaminación de las aguas de los ríos por las heces de un disentérico, el estancamiento de las aguas de la cañería y pozos artesianos, propicios para el desarrollo del ameba, la temperatura alta, casi perenne, de los trópicos que no puede destruir ni aminorar los parásitos y agentes transmisores, y por esta causa abundan estos últimos, contándose entre ellos, el más peligroso: la mosca que después de tener contacto con las excreta va a contaminar los alimentos y el agua potable, son las causas suficientes para provocar el desarrollo de la enfermedad.

Los accesos hepáticos de origen amebiano son bastante raros, pues en mi práctica he encontrado muy pocos, no alcanzando una cifra de uno por ciento; en cambio el número es bastante elevado de Colitis crónicas, considerada a veces como banales que son producidas por diversos gérmenes, entre ellos, la ameba disentérica; como secuela de un período agudo de disentería queda también con mucha frecuencia estados piréticos de curvas poco elevadas, como no tienen otra etiología más que la presencia de quistes amebianos en el colon de los pacientes.

Como tratamiento, todos los medicamentos usuales los he llevado a la práctica con buenos resultados: sulfato de soda, emetina, estovarsol, yatren 105, enemas de nitrato de plata, sobre todo cuando hay ulceraciones vegetantes del colon. Respecto de la emetina por ser un medicamento que se acumula en el organismo, no se puede usar una dosis de más de un gramo, pues si se aumenta se corre el riesgo de producir trastornos cardiacos y síntomas de neuritis, como he observado en dos enfermos de Tegucigalpa, quienes soportaron las de un gramo de emetina cada uno de ellos; en cambio se pueden usar las sales de bismuto, con mejor resultado el Subnitrato a dosis sumamente altas, de treinta y cuarenta gramos diarios, sin tener ningún trastorno tóxico, procurando sí evitar los ácidos para que dicho medicamento no sea absorbido.

Otras de las enfermedades que se propagan por medio de las aguas, los alimentos contaminados y las moscas, son las fiebres entéricas, llamadas Tifoidea y Paratifoidea.

No podemos decir que en nuestro país sean enfermedades endémicas, ni tampoco que haya habido epidemias de una mortalidad elevada. Se han presentado casos, eligiendo con preferencia la zona del interior y de ésta las más frías. Son formas atípicas, raras veces se encuentra todo el cuadro clínico de la enfermedad;

solamente en tres pacientes he observado la curva térmica con las oscilaciones ascendentes de Jacoud, la meseta y las oscilaciones descendentes, las otras parecen curvas gripales éticas o de malaria, pero si tenían otros síntomas, tales como la epistaxis en el período inicial, gorgoteo en la fosa iliaca derecha, timpanismo, lengua seca en el centro y roja en los bordes, hipertrofia del bazo y del hígado, que no dejaban duda de que se trataba de una dotíenenteria. La hipertrofia del hígado y sobre todo del bazo la encontraba en todos los pacientes de Fiebre Tifoidea, más aumentado el bazo, desde luego que en las infecciones destruye en su estroma los cuerpos microbianos por fagocitosis o porque aumenta su función produciendo sustancias antitóxicas.

Esta esplenomegalia se produce por una intensa reacción del tejido esplánico por dilatación de los vasos, como lo han demostrado diferentes autores, y tan frecuente es esta reacción en las enfermedades infecciosas, que tiene un gran valor diagnóstico en la fiebre tifoidea cuando concuerda con otros síntomas.

Como tratamiento se han insti-

tuido todos los indicados: los baños que son indispensables, la urotropina endovenosa, con magnífico resultado que parece que fuera un específico de esta enfermedad.

La mortalidad como dije en párrafo anterior no ha sido elevada y los casos que perecieron se debió a las complicaciones más funestas que son las meningitis y las endocarditis.

No me cansaré de excitar a las autoridades sanitarias para que desarrollen una campaña enérgica, rápida y eficaz, dictando conferencias, enseñando a la pobrería de los pueblos, pues es la que más necesita, la manera de vivir; divulgando la higiene en lo individual como en lo colectivo; el sistema apropiado para la recolección de basuras, los excusados sanitarios, la protección contra el mosquito, el método apropiado para la conducción de aguas y su purificación, ya que se encuentran íntimamente ligados con el adelanto de la sanidad pública, y en fin, todos los detalles tan triviales como útiles que tiendan a efectuar la profilaxis de las enfermedades tropicales. Lima, Cortés, Abril de 1931.

El Papel de la Anatomía Patológica en Medicina

Todas las **ramas de! conocimiento h mus no reunen-** en un **tronco** común ; ejercen la" **unas** sobre LAS otras las mas activas influencia y concurren a perfeccionarse mutuamente

A. «UIARD.

La Anatomía Patológica, como todas las ciencias es definida **por** su objeto y sus métodos: estudia a la simple vista y a; microscopio, los cambios estructurales llevados a los tejidos por los procesos mórbidos. Buscando la lesión, causa del síntoma, obedece "al principio de causalidad, base de toda ciencia, que está ligada indisolublemente a nuestra afirmación de la existencia objetiva del mundo exterior." —(Painlavé).

Yo quiero recordar en este artículo cuál es el papel de la Anatomía Patológica en la enseñanza de la Medicina; como es una disciplina necesaria a la educación del futuro médico; como aporta un concurso indiscutible en el diagnóstico y aun en el pronóstico de un proceso o de una enfermedad; como, en fin, es una de las bases fundamentales de la investigación en medicina.

Se ha escrito poco en Francia sobre este tema que fue tratado, sin embargo, en nuestra cátedra de Anatomía Patológica. Entre las lecciones allí consagradas, no recordaré sino dos.

La una, ya antigua, remonta a

1877, al tiempo en que Charcot enseñaba en París la Anatomía Patológica; figura al principio de uno de los volúmenes de sus Obras Completas, En esa lección, Charcot considera el papel de la Anatomía Patológica en la ciencia médica. Demuestra que no está reducida a la simple contemplación de la lesión muerta, que sus conexiones con los departamentos vecinos de la biología son indisolubles, que ocupa una situación intermediaria entre la Anatomía normal y la Patología y sus relaciones con la clínica, no son menos estrechas. "El médico, dice Charcot, no debe conocer solamente el órgano alterado muerto, sino el órgano alterado vivo, trabajando, ejerciendo las funciones que le son propias." Se sabe que Charcot puso esas doctrinas en práctica en su obra y que las entidades nosográficas aisladas por él, se apoyan todas sobre un substratum anatómico. Introdujo así, en Neurología, el método anatomo-clínico de **Morgagni** y de Laennec; también es a justo título, considerado como el fundador de la Neurología moderna.

En 1925, ensayé a mí vez, precisar el papel de la Anatomía Patológica. Intenté demostrar que por su asociación de más en más íntima con la Medicina experimental y la clínica no era solamente una ciencia cualitativa y estática, sino que ya había evolucionarlo hacia la ciencia cuantitativa y dinámica; en una palabra, que debía apoyarse a la vez sobre los conocimientos de la morfología y de la fisiología.

Pero la cuestión es de actualidad y necesita ser tratada de nuevo delante un público médico, pues la causa, en Francia, al menos, no está ganada.

Muchos fisiólogos y médicos parecen ignorar todavía esta nueva orientación de la Anatomía Patológica y persisten en oponer las ciencias biológicas a las ciencias morfológicas, como si la morfología no formara parte de la biología.

La Anatomía Patológica es una disciplina necesaria a la educación del futuro médico. El método de enseñanza que acude a la memoria visual, la Anatomía Patológica obliga a mirar, después a agrupar las imágenes, a **hacer** el análisis, la síntesis de las lesiones constatadas al nivel de los órganos y de los tejidos, a la simple vista o al microscopio. Hace así, en buena lógica, el estudio de los efectos **para** subir a las causas, después el de las causas para descender a los efectos,

Suministra a **menudo la explicación del sintoma que revelan**

al médico la vista, el oído, el tacto y hace comprender el mecanismo. Para prueba citaré algunos ejemplos:

Al nivel de la piel, se sabe que el eritema es una lesión elemental caracterizada por una rubicundez circunscrita, o más o menos difusa, ordinariamente temporal, desapareciendo momentáneamente a la presión del dedo. (Darier). La fisiopatología muestra que esta reacción resulta de una congestión activa-pasiva. El examen microscópico revela que la lesión consiste en una simple dilatación de los capilares y pequeños vasos, sin presencia de glóbulos rojos en los tejidos intervasculares (de donde la explicación del signo de la presión del dedo).

En las púrpuras o manchas hemorrágicas espontáneas de la piel, se sabe que el tinte rojo vivo no se borra bajo la presión del dedo o de una lámina de vidrio. Este hecho encuentra su explicación en la presencia de pequeños focos de glóbulos rojos dispersados en los tejidos a consecuencia de la ruptura de vasos.

Al nivel del pulmón, el mecanismo del estertor crepitante se explica muy bien por la presencia, en los alveolos, de un exudado fibrinoso, que revela el microscopio en el período de estado de las neumonías y de las bronconeumonías. Es al desprendimiento de las paredes alveolares adherentes a la masa fibrinosa que se debe ese ruido particular.

Al nivel de los vasos, la infiltración y el depósito de sales de cal, explican la dureza de las paredes, observada en la arterioesclerosis y las calcificaciones vasculares.

No hay que insistir más sobre una verdad que nadie niega.

Pero la enseñanza de la Anatomía Patológica, reconocida de necesidad en todos los países del mundo, debe ser hecha en estrecha conexión con la clínica, en parte en el Hospital, próxima a la sala de enfermos. En ciertas cátedras, como la de París, es ahora imposible hacer a los alumnos demostraciones anatómicas sobre piezas macroscópicas frescas, y este por la razón que no existe ninguna ligadura entre los servicios de autopsias de nuestros grandes hospitales parisienses y [a cátedra de Anatomía Patológica. El profesor y los colaboradores no disponen como material de investigación y enseñanza, sino de los solos recursos de sus servicios personales. Yo he tratado, sin resultado, desde hace varios años, modificar este estado de cosas. Mi proyecto consistía en establecer una colaboración entre ciertos laboratorios de nuestras clínicas y la cátedra de Anatomía Patológica, con el fin de utilizar el rico material que suministran cada día los servicios hospitalarios al mejor de los intereses de la investigación y la enseñanza.

Sólo los alumnos que asisten a nuestros cursos de perfecciona-

miento, pueden seguir las demostraciones microscópicas hechas en la mesa de autopsias y eso gracias a una organización dependiente del Instituto del Cáncer.

En lo concerniente a las demostraciones microscópicas y las investigaciones de la histo-fisiopatología, nos ha sido posible modernizar los viejos locales de la Escuela práctica, a manera de dar a los estudiantes la enseñanza práctica que estaban en derecho de reclamarnos.

Conviene hacer la enseñanza más objetiva, mezclando más los cursos teóricos y prácticos.

Esto me conduce a abordar, por un instante, la cuestión de la oportunidad de las enseñanzas puramente teóricas de nuestras Escuelas de Medicina. Deben conservarse tal como están? Hay que modificarlas, o como quieren algunos suprimirlas. Sería, a mi juicio, un error, renunciar a la enseñanza oral, en el curso de la cual se establece entre el maestro y sus alumnos, nexos que el libro no puede crear. Y luego la enseñanza teórica, no obliga a quien la hace, a tener al corriente de los progresos de la ciencia médica, a reflexionar en los progresos que plantea, a dar en el camino, su opinión sobre las cuestiones en discusión, a suscitar entre el auditorio el deseo de la investigación original?

Se ha preguntado también si la Anatomía Patológica merece ocupar un sitio aparte en el gran cuadro de la enseñanza de la Pa-

tología Médica y Quirúrgica. No es una división esquemática la de esas enseñanzas distintas que cabalgan constantemente las unas sobre las otras? Pero si se puede discutir sobre la oportunidad de una enseñanza de la Patología interna o externa fuera del hospital, en un anfiteatro, delante de un pizarrón negro, lejos de los enfermos, no es lo mismo para la Anatomía Patológica, donde la especialización es dictada por los perfeccionamientos de las técnicas y de los aparatos, necesitando métodos de enseñanza e investigaciones particulares.

Pero me detengo allí en estas consideraciones, que podrían llevarme muy lejos, y vuelvo a mi punto de partida, insistiendo, una vez más, en la importancia de la Anatomía Patológica en la enseñanza de la medicina y sobre la necesidad de dar a los que la tienen a su cargo, los medios de enseñanza como conviene.

La Anatomía Patológica es útil en Medicina para establecer un diagnóstico y un pronóstico. Para demostrar lo bien fundado de este acerto, heme aquí conducido a reabrir el proceso de la biopsia y a defender el principio.

Se entiende bajo el nombre de biopsia la operación que consiste en exindar en el vivo un fragmento de tejido patológico, a fin de establecer al microscopio el diagnóstico etiológico.

Se sabe que es a Besnier a quien se debe el haber creado la palabra y la cosa, pero que es

sobretudo a Darier que corresponde el mérito de haber sido uno de los primeros defensores.

El uso de la biopsia es actualmente muy extendido entre médicos y especialistas, en dermatología, en otorrinolaringología, por ejemplo, se puede decir que es hoy método corriente. También hay laboratorios instalados por doquier, donde se practican al mismo tiempo que análisis bacteriológicos o químicos, exámenes histo-patológicos. Si algunos de estos laboratorios, donde los exámenes microscópicos son confiados a especialistas competentes, prestan servicios apreciables, pero es siempre así. También sería útil tomar un día la idea, sugerida hace algunos años en la Academia, que consistiría en el establecimiento de un diploma especial de Anatómo-Patologista. La cuestión vale la pena en razón de las consecuencias graves que acarrearían los errores de diagnóstico, todavía tan frecuentes.

Para la biopsia quirúrgica la causa no está ganada aún y estamos lejos.

Se entiende por biopsia quirúrgica la que necesita una pequeña operación así como la que se practica en el curso de una intervención quirúrgica. Los ejemplos siguientes son particularmente demostrativos.

He aquí primero dos observaciones ya antiguas que recogí cuando acababa de entrar al laboratorio de Anatomía Patológica, como jefe de trabajos prácticos.

En un hombre de 51 años, atacado de un tumor vegetante y ulceroso del glande con doble adenopatía inguinal, un cirujano hace el diagnóstico de cáncer y procede a la amputación del pene. El examen histológico (hecho sobre 6-8 fragmentos) muestra que no se trataba de neoplasma maligno. Existe, en efecto, una proliferación muy marcada del epitelio malpighiano de revestimiento, con conservación de la limitante basal, separando el revestimiento mucoso malpighiano del corión. En este último, presencia de un infiltrado inflamatorio, formado de diferentes tipos de leucocitos, pero con predominancia de plasmocitos agrupados, lo más a menudo, alrededor de los vasos; en fin, ligero grado de vascularidad. En suma, lesión inflamatoria, probablemente sifilítica, pero no neoplásica.

Un enfermo presenta desde algunos meses, al nivel del borde de la lengua, un tumor no ulcerado, del tamaño de un huevo. Se hace el diagnóstico clínico de sarcoma y se le propone la extirpación de la lengua.

Otro cirujano consultado procede, según su costumbre, a una biopsia y me confía la pieza. Ese examen revela la existencia de una reacción inflamatoria llamada de cuerpos extraños, desarrollada alrededor de cavidades que debían contener un cuerpo graso. Se averigua entonces que inyecciones de un líquido aceitoso hablan sido practicadas en la lengua

de este enfermo algunos meses antes. El diagnóstico de tumor infamatorio por cuerpo extraño, condujo a una extirpación parcial de la lesión y a una curación definitiva.

He aquí ahora algunos ejemplos más recientes:

Un hombre de 41 años, sudamericano, viene a consultar a Francia, en 1927, por un tumor del muslo, que se había considerado en su país. Colombia, como un sarcoma. Traía una preparación histológica sobre la cual ninguna etiqueta que la de sarcoma podía ponerse. Ciertos caracteres clínicos, tales como la movilidad del tumor, francamente aislable, permitían tener alguna duda sobre su naturaleza sarcomatosa. Mi amigo Chastenot de Gery que examinó el enfermo conmigo, procede a una nueva biopsia quirúrgica. Esta muestra, que se trata de una miositis sifilítica de las más características. El examen serológico revela enseguida una reacción de Wassermann positiva y un tratamiento específico apropiado produce luego la resolución completa de ese falso tumor. La curación se mantenía en 1928, según noticias recibidas de Colombia.

La mujer de un colega, de 42 años, presenta en el seno izquierdo un tumor como una almendra, sin retracción del mamelón, ni adherencia a la piel. El diagnóstico hecho por el marido y dos cirujanos es el de tumor benigno. El examen extemporáneo he-

cho en el curso de la operación, por el Profesor agregado Leroux, muestra que se trata de un epiteloma con ausencia total de reacción fibrosa del estroma. Estas constataciones histológicas permiten talvez explicar la ausencia del signo de retracción de la piel.

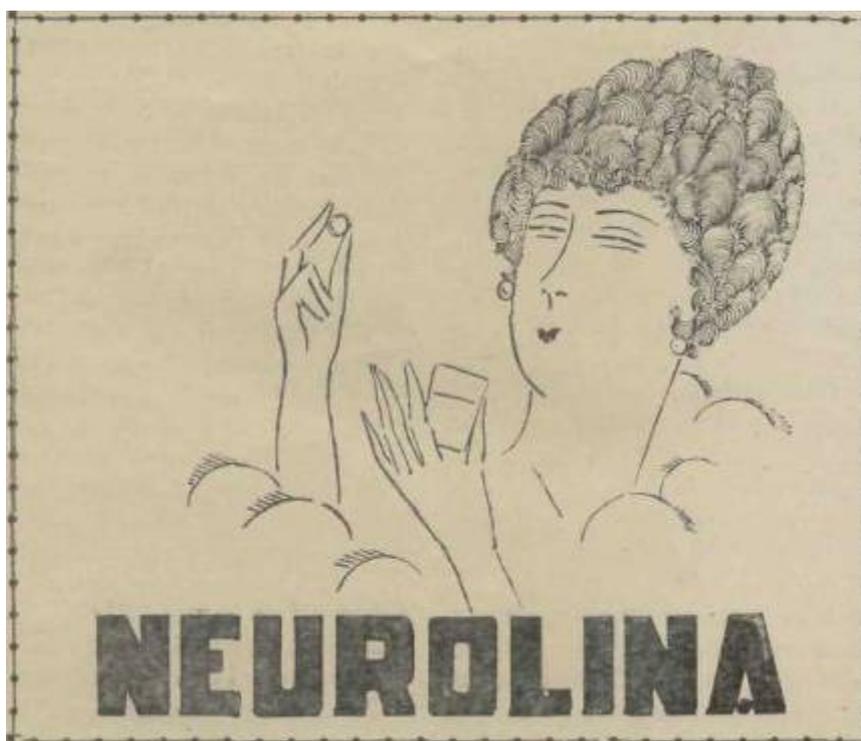
Una mujer de 29 años, con mal de Pott, presenta un pequeño tumor del cuadrante supero externo del seno derecho. Un médico sienta el diagnóstico de tumor benigno, un cirujano practica la extirpación parcial del tumor.

La enucleación se hace fácilmente y el diagnóstico de tumor benigno parece confirmarse. Sin-

embargo, el cirujano pide que se practique un examen histológico. Este muestra que se trata de un epiteloma. (Leroux).

Una niña de 19 años es operada en agosto de 1930, en un servicio hospitalario de París, por un tumor del seno izquierdo, en el cuadrante supero-interno. Et tumor es descubierto por la enferma tres semanas antes de la intervención; tenía el volumen de un huevo y no era doloroso. Se constató el signo de la piel de naranja, así como la adherencia al gran pectoral.

Un cirujano procede a una intervención muy amplia con cura de la axila. El examen micros-



cópico muestra que se trata de un adenoma vegetante de los más típicos.

Todos estos ejemplos hablan por sí solos. Merecen ser conocidos de médicos y cirujanos que no se han penetrado aún de esta noción: en materia de tumor jamás se extiende demasiado el dominio de la investigación y que es siempre peligroso fiarse a los solos signos revelados por el examen clínico.

La Anatomía Patológica es una de las bases fundamentales de la investigación en Medicina. Esto nos falta que ver y cuáles son los nexos que unen esta ciencia a las otras disciplinas de la Biología.

Tomemos algunos ejemplos entre las adquisiciones más recientes, que la Medicina debe a los documentos del orden anatómo-patológico.

La noción nueva del sistema retículo-endotelial de Aschoff, está esencialmente basada sobre conocimientos histo-fisiológicos. Los trabajos de Anatomía y Fisiología patológicos han permitido distinguir en el dominio de este sistema, diversas entidades nosográficas.

Se sabe que las células del tejido retículo-endotelial, pueden infiltrarse de substancias diversas, notablemente de cuerpos grasos, de donde la tumefacción considerable de los órganos ricos en células retículo endoteliales, como el bazo, los ganglios, los linfáticos y el hígado. Es el substratum anatómico de la enfermedad

de Gaucher. Se sabe también que según la naturaleza de los cuerpos grasos infiltrantes, los tejidos retículo-endoteliales, las imágenes histológicas y los caracteres clínicos pueden variar.

Esto ha permitido distinguir diversos estados mórbidos, tales como la enfermedad de Nieman-Pick, que ataca sólo a los niños y, cuya imagen clínica es muy particular.

En cuanto a la linfogranulomatosis, enfermedad inflamatoria del tejido limpo-hemopoyético, son los estudios de los anatómopatólogos, como Paltauf, Sternberg y otros, los que han permitido aislarla de las leucemias, de los limfo-sarcomas, de las linfadenias tuberculosas y sifilíticas, con las cuales Hodgkin la había confundido.

En el dominio de la Neurología se sabe la parte inmensa que han tomado los estudios anatómo-patológicos, y el papel que corresponde a la escuela francesa con Charcot, Vulpian, Dejerine, Pierre Marie y Babinsky, en el desarrollo de esta ciencia.

Todavía ahora los trabajos más sólidos, los más importantes en neurología, tienen por base la histo-patología.

Es así cómo los estudios microscópicos de estos últimos años sobre los núcleos grises centrales, han contribuido a aclarar las funciones del tonus y las del equilibrio psicomotor,

Estas investigaciones han mostrado que, en ciertos trastornos

de la energía psicomotriz, las lesiones atacan a] mismo tiempo, los diversos elementos del sistema estriado, la corteza cerebral y las formaciones subtalámicas, que están en correlación funcional íntima Fierre Marie y Lhermitte han podido atribuir la corea crónica a una lesión del striatum. Después los azares de la clínica han permitido a Claude y Lhermitte y a Biellchowsky, observar enfermedades con rigidez post-coreica en las cuales la lesión anatómica radiaba del striatum al pallidum, a los centros hipotalámicos y mesencefálicos: cuerpos de Luys, núcleo rojo, locus niger. También se está en derecho de pensar como Lhermitte: que la adjunción a la alteración estriada de una degeneración pálida e hipotalámica es la razón de la aparición de la hipertonia, y por consiguiente, de la supresión de la corea pues corea e hipertonia no pueden sino excluirse. Los elementos palidales y subpalidales pueden tenerse así como centros reguladores, cuyas alteraciones destructivas e inflamatorias cambian el equilibrio del tonus muscular y engendran la rigidez, la hipertonia. Al punto de vista práctico, se está autorizado para afirmar, sin temor de exagerar la realidad, que la superposición a un estado coreico a un síndrome de rigidez, puede ser ligado a la irradiación de un proceso mórbido del striatum al pallidum y a los centros subya-

centes, en particular al locus niger.

Más recientemente aún se han emprendido estudios sobre la corea aguda. **Morcan**, después Lhermitte y Pagniez, han mostrado, sobre piezas anatómicas, que la corea de Sydenham, a marcha aguda, marca su impresión sobre territorios diferentes: el aparato cerebeloso, los ganglios basales y el cortex cerebral. En ciertos casos las legiones se acusan con una particular severidad sobre el cerebelo (cortex y núcleos dentados). Forzando un poco las cosas, se podría concebir así que la corea de Huntington, cuya expresión clínica es tan diferente de la corea de Sydenham es de origen estriado, mientras que esta última es de origen cerebeloso.

Tomemos, en fin algunos ejemplos en el cuadro de los tumores.

Es gracias a un estudio histológico minucioso que James Erwing llegó, hace algunos años, a aislar entre los tumores de la médula ósea, el endotelioma difuso de los huesos, cuya individualidad anatomo-clínica fue luego reconocida por los autores que hicieron el estudio, notablemente por Connor y Koloduy en los Estados Unidos y Oberling en Francia. Esta noción es tanto más interesante que el sarcoma de Erwing es un tumor habitualmente reconocible a la radiografía y particularmente sensible a los rayos X y a las radiaciones del radio.

Se sabe, además que Harwey y

Cushing y Percival Bailey han intentado establecer una discriminación histológica entre los tumores cerebrales justifica bien de una operación y los que convienen a las radiaciones, investigaciones que han sido seguidas y en parte confirmadas en Francia por Roussy, Lhermitte y Cornil. En todos estos trabajos, la Anatomía Patológica llama constantemente tanto a los métodos de observación microscópica como a los métodos experimentales. Es entonces una ciencia a la vez morfológica y fisiológica y esto se comprende mejor si se acepta que todo ataque funcional, corresponde a una alteración lesional. Si esta alteración muy a menudo se nos escapa, eso no prueba que

no exista; se puede pensar muy bien que es imperceptible a nuestros medios de investigación.

No es posible, entonces, perseverar, como hace todavía en fijar una barrera entre las ciencias de la forma y las de la función, en separar las ciencias morfológicas del cuadro de la Biología.

La Anatomía Patológica en su evolución nueva y desde largos años ya, prosigue tanto el estudio morfológico como fisiológico de las alteraciones llevadas a los tejidos y los órganos por la enfermedad.

Por eso es una Ciencia Biológica.

GUSTAVO ROUSSY.

(De la Prensa Médica de París.)

Anestesia del nervio maxilar inferior a nivel de la espina de Spix

NUEVA TÉCNICA

POR

D. AGUSTÍN CAMPOS IGUAL

Médico ayudante de la clínica de Oto-rino de la Facultad de Medicina

No me detendré exponiendo los diferentes anestésicos ensayados y propuestos con este fin, pero sí procuraré exponer las consecuencias tan favorables que con mi método se obtienen para el tratamiento de las neuralgias faciales y para las intervenciones quirúrgicas, desde las secruetrotomías limitadas a medio maxilar, extracciones dentarias y sobre todo, *desvitalizaciones inmediata**, que por este procedimiento estamos seguros de practicarlas sin causar el menor daño; e incluso se pueden practicar operaciones en los labios, como extirpación de neoplasias, etc.

Algunas dificultades en la técnica seguida hasta ahora y muchos fracasos me han inducido a estudiar este punto tan importante en la práctica diaria.

En la técnica seguida hasta hoy teníamos que introducir un dedo en la boca, buscar los bordes anteriores del maxilar (rama ascendente), limitando la iniciación de la línea oblicua interna y externa, buscar el triángulo retromolar de Brann, y teniendo presentes estos datos anatómicos, con la

complicación de no poder ver lo que se hacía por tapar el campo operatorio la mano indicadora del operador, se introducía una cánula de unos 7 cmrs. de longitud acoplada a la jeringa dental, se introducía de 15 a 18 mm. de profundidad (y rasando la cara interna de la rama ascendente) la punta de la cánula, depositando en este sitio la cantidad de líquido anestésico deseado. Este líquido al cabo de algunos minutos, produce una anestesia más o menos profunda, debido a la infiltración del anestésico por el área regional, pero la inyección no ha sido depositada en la entrada del conducto dentario inferior, sino en su alrededor.; Ocorre algunas veces que el ligamento pterigo maxilar, estando distendido y siempre lo está, por ser preciso abrir la boca, es motivo de error, el líquido anestésico es depositado unas veces en la vaina del terigoideo interno y produce la anestesia de la faringe, pared interna correspondiente, otras veces el líquido se deposita en el espesor de) músculo, produciendo la misma

anestesia anterior y una disfagia muy modesta y otras veces se deposita entre el músculo y el maxilar, produciendo la anestesia deseada, pero no en la intensidad que era de esperar.

Otros autores usan una técnica parecida a la anterior, pero la cánula tiene que recorrer un gran trayecto: primero introducen la cánula horizontal mente y a un centímetro de profundidad, siguiendo la cara oclusal del maxilar inferior y después la hacen recorrer un círculo, teniendo fija la punta para llevar la jeringa a nivel del primer premolar contrario al sitio de la inyección.

Los inconvenientes para trabajar a ciegas; las molestias que se causan al paciente de tener colocado un dedo dentro de la boca mientras se opera, han sido las inductoras de la modificación que propongo.

Conocemos por la anatomía topográfica el sitio exacto del agu-

jero dentario, antes de convertirse en conducto, presenta una eminencia protectora de forma triangular de base inferior y vértice dirigido hacia arriba y atrás; es la espina de Sprix, donde **viene** insertarse el ligamento estilo mastoideo; por su forma en arco de concavidad posterior hace un saliente óseo, donde viene a chocar la punta de la cánula, deteniéndose en este sitio o traspasándolo, cayendo por lo tanto el líquido en una región más o menos cercana del agujero dentario; cutáneamente podemos proyectar la situación de dicho agujero, pues sabido es que se encuentra en un punto equidistante del borde anterior y posterior y de los bordes superior e inferior. Muchos autores dan multitud de detalles y cifras, cada uno expone un procedimiento para esta proyección, pero en resumen he* sacado la conclusión con todos los datos a la vista, que es más sen-

cilla y comprensible mi fórmula de llamar equidistante de los cuatro bordes, que el sin fin de números y mediciones que tenemos que hacer; una vez averiguado este punto lo marcaremos con lápiz dermatográfico, y tomaremos un compás de gruesos; en uno de sus extremos tendrá una esferita, para no herir la piel, en el otro extremo pondremos otra esferita perforada que nos permitirá introducir un lápiz de nitrato de plata o una gota de argentofenol: haciendo abrir la boca al sujeto, objeto de nuestra intervención, colocaremos el extremo no perforado en la superficie cutánea y cerrando el compás, previa introducción de la otra rama en la boca, nos marcará la esferita cargada con nitrato de plata o argentofenol un punto blanco, que como se comprende corresponde exactamente a la entrada del conducto dentario superior; sin necesidad de otro instrumental cogemos la jeringa dental ordinaria, con el aditamento curvo y una cánula larga, pudiendo perforar la mucosa de atrás a delante y caemos matemáticamente en el agujero dentario, hemos salvado todos los escollos anatómicos y no hemos molestado al paciente. La operación completa dura escasamente un minuto, teniendo la seguridad de ser completamente inofensiva dicha inyección.

La anestesia empieza a manifestarse de los seis a los siete minutos?, pero no se debe interve-

nir, para que el éxito sea completo, hasta pasada media hora; la anestesia dura profundamente de cuatro a cinco horas, tiempo más que suficiente para hacer cualquier intervención por larga que fuera. Una vez pasado el efecto anestésico, el operado no siente ninguna molestia.

Si esta inyección, con esta técnica, la practicamos con la jeringa dental del doctor Landete, las ventajas se aumentan, por cuanto con esta jeringa nos permite dosar la cantidad anestésica que depositamos, ya que tiene la ventaja de dejar escapar el líquido gota a gota.

De lo expuesto se deduce.

1« Que con el mismo instrumental que ordinariamente se emplea en la clínica se puede operar.

2º Que proyectado cutáneamente el agujero dentario superior lo encontramos fácilmente proyectado en la mucosa por la mancha que dejamos.

3? La picadura es indolora y aséptica.

4* La inyección la hacemos de atrás a delante hasta el hueso sin encontrar obstáculo alguno.

5« Podemos dosar la cantidad de anestésico desde una gota.

&> La anestesia empieza a los pocos minutos y dura 4 o 5 horas profundamente.

79 Con las inyecciones de alcohol o de glicerina fenicada podemos suprimir los dolores de la neuralgia facial.

Valencia. 20 de enero de 1931.

De la Revista Médica de Valencia.

NEUROTÓNICO "RICHTER"

El efecto sobre los órganos formando sangre asegura la importancia del *arsénico* en la terapéutica. En todos los casos, cuando la vitalidad de los órganos formando sangre está disminuida, o la sustitución de las células de sangre es insuficiente (anemia secundaria, reconvalecencia, clorosis) la formación de la sangre aumenta mucho administrando dosis curativas de arsénico. Además, las dosis pequeñas de arsénico causan aumento de peso, estimulan el desarrollo de los organismos y aumentan mucho la osificación. En estas cualidades se basa el efecto roborante del arsénico, que ya se conoce mucho de tiempo y por lo cual se emplea en extensa medida de casos de *caquexia general, astenia constitucional, reconvalecencia después de enfermedades infecciosas, neurastenia, estado de cansancio*.

En concentraciones mayores el arsénico impide la función vital de las células. Ya que las célu-

las patológicas, elementos de tejidos patológicos son más sensibles que las células sanas, su dosis terapéutica destruye los tejidos patológicos en *hipertrofia maligna* de tejidos (linfoma, leucemia, seudoleucemia) y por otra parte impide la caquexia su efecto roborante.

En algunas enfermedades de la piel: *en psoriasis, liquen ruber planus*, se pueden obtener resultados excelentes con la administración interna del arsénico. La afinidad especial del arsénico a la piel, el efecto ensanchador sobre los vasos sanguíneos de la piel, el cambio de las circunstancias de alimentación de la piel y de su metabolismo tienen papel en los efectos terapéuticos.

Las uniones orgánicas del arsénico como p. ej. el ácido cacodílico y sus sales sódicas actúan mucho más suavemente, que los preparados anorgánicos y de éstos se pueden administrar enseguida dosis mayores sin que fuera nece-

sario antes de acostumbrar el organismo.

Las dosis curativas de la *estricnina* aumentan la función de los músculos y excitan el sistema nervioso central. Este último efecto se manifiesta en la mayor vivacidad de la función de los órganos de sentidos y de las funciones reflexivas y en la disminución del tiempo de reacción.

El efecto sobre los músculos es, a decir verdad, reflectórico y consiste en el aumento del tono muscular. Para ayudar el efecto del arsénico se suele administrar junto con el arsénico, y entonces será la *estricnina* como excelente excitante, un ayudante poderoso del efecto tonificante y roborante del arsénico, en el efecto sobre los centros respiratorios, sobre los nervios y músculos de los vasos sanguíneos y sobre el vago.

El *ácido glicerofosfórico* y sus sales son los componentes más importantes de la *lecitina*, cuyo efecto curativo se manifiesta en aumento de peso, del número de hematías, y del contenido en hemoglobina.

En los procesos defensivos del organismo tiene también gran papel y por eso es un excelente ayudante del arsénico en las *neurosis, estados de caquexia, anemia* y convalecencia que van junto con pérdida peso. El *Neurotónico Richter* contiene estos tres componentes y se pone a la venta en tres fuerzas: A, B y C.

Neurotónico Richter A. contiene 0.05 gm. de cacodilato de sosa, 0.0005 gm. de nitrato de *estricnina* y 0.10 gm de glicerofofostato sódico.

Neurotónico Rirhter B. contiene: 0.05 gm. de cacodilato de sosa, 0.001 gm de nitrato de *estricnina* y 0.10 gm. de glicerofosfato sódico.

Neurotónico Rivhter C. contiene 0.05 gm. cacodilato de sosa, 0.002 gm. de nitrato de *estricnina* y 0.10gm. de glicerofosfato sódico.

Los tres preparados se ponen a la venta en cajas con 20 ampollas de 1 ce. cada una.

TISILOGIA

Médicos "clínicos" y "científicos"

La Medicina es ciencia y arte y el dominio de éste (del cual es resultado el «ojo clínico¹, la supuesta •intuición", que es saber y talento mezclados) cuesta mucho más tiempo que el de los métodos científicos de laboratorio, tas cuales, no obstante, absorben casi toda la atención de los médicos científicos modernos por su casi ilimitada multiplicidad y diversidad y por la suma de variados conocimientos previos que su ejercicio requiere. Preciso es insistir en estas afirmaciones ante la ineludible necesidad de que el «clínico» se torne más "científico^{1*} y éste más clínico, no sólo en atención a su propio prestigio, que pudiera verse gravemente

comprometido en múltiples ocasiones, sino principalmente en bien de los enfermos que cuidamos.

Como ejemplo adecuado a la índole de esta Revista, me referiré a un caso que diariamente se repite en la práctica, el de un joven que ha sufrido el sobresalto de expulsar un par de esputos de sangre y desea que le digamos si hay daño tuberculoso en sus pulmones.

Los esputos sanguíneos tienen siempre un gran valor en el diagnóstico de presunción de la tuberculosis pulmonar crónica, pues fuera de unas cuantas excepciones principales (estrechez mitral, quistes equinocócicos del pulmón,

cáncer broncopulmonar, pólipos laríngeos, etc.), es lo cierto que la hemoptisis inopinada debe estimarse como fenómeno muy sospechoso, sobre todo en los jóvenes.

En estas circunstancias se hallará el médico ante el compromiso ineludible de admitir o de excluir la existencia de una lesión tuberculosa, de establecer un diagnóstico temprano o de volver la tranquilidad al interesado.

Las pruebas objetivas de más marcado carácter científico pueden fracasar por unos u otros motivos: investigación en los esputos (cuando los hay) de los gérmenes específicos y de las fibras elásticas; reacción a la tuberculina; celeridad de la sedimentación globular; análisis del hemograma, etc.). También la roentgenografía puede resultar dudosa y hasta errónea en su interpretación. Por lo que atañe al examen roentgenoscópico, cree poder afirmar que el de la tuberculosis de los ápices suele ser más seguro y fácil que el de la auscultación, y, en cambio, sucede lo contrario en las formas discretas de la tuberculosis de las bases.

Quizá no saquemos tampoco provecho alguno de las referencias conmemorativas: ni antecedentes hereditarios, ni ocasiones de contagio, ni motivos predisponentes de otra índole, ni desmejoramiento anterior de la persona, que por su aspecto parezca sana y creía estarlo hasta que sufrió la ligera expectoración hemática.

Preciso será, pues, recurrir a los antiguos métodos clínicos de examen. Puede el pecho ser bien conformado, nutrido y flexible, y ser amplias y del todo uniformes sus excursiones. También podrán parecernos normales los resultados de la percusión. Incidentalmente he de admitir lo poco probable de que un método tan inexacto como el percutorio sirva de algo en caso como el de referencia, aparte de que son legión los médicos que no lo dominan.

Nos quedará como último recurso la auscultación de la respiración de la voz y de la tos, es decir, el método más subjetivo de todos los puestos en práctica. Si la respiración vesicular es intensa, suave e igual en regiones simétricas, sin el menor atisbo de cambio patológico (verbigracia, de espiración prolongada), sin presencia de estertores inspirativos en las respiraciones energéticas después de los golpes de tos, será *probable* (nunca seguro) que los pulmones estén sanos, y así lo *afirmaremos*, aunque guardando reserva mental para nosotros mismos, pues no es justo mantener la intranquilidad por quedar a cubierto de responsabilidades que acaso sólo dependan de nuestra impericia. Daremos a la persona unos cuantos consejos de Perogrullo «En la clínica -dice Krehl - se habla mucho y se adelanta poco-); prescribiremos una u otra receta para salir del paso y respetar la conciencia terapéutica "del interesado", y dejaremos

que el tiempo diga la verdad.

Si esto sucede al médico verdaderamente práctico, ¿cuáles no serán las dudas de quien no lo es? Los resultados de auscultación del pecho de personas son muy variables en cada caso. Coercen algunos instintivamente sus respiraciones al ser auscultados y es menester instarles a que suspiren, tosan, cuenten series de cifras, etc., para percibir en forma inequívoca el murmullo vascular. Hasta puede suceder que su intensidad, no obstante los mentados artificios, sea tan débil como en enfisematosos o en enfermos con neumotorax. Por otra parte, la auscultación comparada de zonas simétricas de los dos lados puede ser igual o análoga en casos patológicos (lesiones bilaterales no avanzadas) o desigual dentro de la salud (murmulo más intenso en el lado izquierdo). Si la persona está agitada por la

emoción o por la fatiga, acaso descubramos una respiración cardiovesicular fisiológica que nos parezca la respiración entrecortada patológica. Por fin, a pesar de concentrar toda nuestra atención, podremos quedarnos en perplejidad sobre su carácter. En estos casos la respiración es «indeterminada» porque no la oímos bien; pero puede ser "indeterminable» (Sahlí) por no acertar a clasificar su condición vesicular o bronquial ligera, y no es preciso que yo recuerde la gran distancia que hay entre esto último y la respiración tubular con resonancia metálica. Hasta creen a veces los estudiantes encontrar respiración vesicular normal en tísicos muy avanzados con lesiones bilaterales en los cuales un golpe de tos provoca una tempestad de estertores de todas clases, de so

(Pasa a la pág. 65)

Dos observaciones de gastroenteritis mercurial

Por el Dr. José Alfonso y Armenteros.

Instructor de la Facultad de Medicina.

El mercurio es uno de los medicamentos más **usados** en Pediatría, tan usado, que sus indicaciones constituyen a veces un atentado a la **terapéutica**.

Desde que cursábamos nuestros estudios de medicina, venimos oyendo hablar a nuestros maestros del peligro de ciertos productos mercuriales. **Ellos criticaban** unas veces la dosis excesiva que **usan** algunos médicos, y otras dirigían su censura contra la **incorrecta** indicación de este medicamento.

Este temor que **ellos** han *os*presado ha **infiltrado verdaderamente** los ánimos, al extremo de ver reducida la indicación del calomel, por ejemplo, a su mínima expresión, tan mínima que solamente deciden usarlo en aquellos casos, en que teniendo su indicación precisa, no han dado resultados productos de otra naturaleza.

El médico recién egresado de la Universidad lleva su temor contra el calomol exclusivamente y utiliza ¡os otros derivados con absoluta confianza.

Nosotros, que miramos al mercurio con cierta desconfianza pensamos, sin embargo, que ese ex-

cesivo pánico al calomel **PS injustificado**, pues nunca **hemos** tenido fracaso alguno en su administración, y si hemos visto en más de media docena de casos accidentes muy **desagradables** cuando indicábamos o habíamos visto **indicar** otros **derivadas** mercuriales, no obstante ser usado en el caso preciso y la dosis ser correcta.

Habíamos tropezado, como se comprende fácilmente con casos de intoxicación por intolerancia, **mientras que** con el **calomel los** trastornos que se presentan son de naturaleza irritativa, sin que los fenómenos tóxicos de una manera evidente se presenten.

Los accidentes que más abajo describiré en las historias clínicas, las he entresacado de siete historias similares.

El síntoma más característico de todos los casos que hemos observado, pero muy especialmente en los dos que inmediatamente vamos a describir, ha sido el cólico.

El cólico mercurial en esos casos tiene un carácter que no habíamos observado en las otras afecciones gastrointestinales de la infancia. Es un cólico intermi-

tente, de duración variable entre cinco y treinta minutos, rara vez más, pero que como carácter particular tiene el de presentarse o exacerbarse con la ingestión de cualquier sustancia ya sea alimenticia o medicamentosa.

La enfermedad, pues, dice al médico la conducta que debe seguir, por lo menos en estos casos en que la intensidad no es mucha, y que es: *El reposo del aparato digestivo.*

Como la literatura que hemos revisado sobre la intoxicación mercurial habla de cólicos sin señalar este carácter que nuestros dos enfermitos presentaron, quiero dejar apuntado este hecho interesante.

Historia clínica N9 1.

G. S., blanca, sexo femenino, de veinte días de nacida.

Historia familiar.—Padre saludable. Madre con historia de cólico nefrítico hace dos años, albuminuria en e) embarazo anterior y albuminuria y glucosuria en la gestación de nuestra esfermita.

Antecedentes personales. — Nació a los nueve meses pesando nueve libra?, siendo su parto muy demorado. Fue puesta al pecho a las veinte horas de nacida.

Enfermedad actual. - Al día siguiente de administrársele la primera tetada comienza a tener deposiciones frecuentes (5 o 6 diarias) verdosas, grumosas, flemosas, sin fetidez, siendo su temperatura normal.

Cuatro días más tarde le insti-

tuyen una dieta hídrica solamente durante un día, indicándole leche condensada después.

Después de repetidos cambios en la composición de la leche sin que el carácter de sus deposiciones varie aparece el muget cubriéndose toda la mucosa bucal.

La madre le aplica pinceladas sobre las placas, en las horas de la mañana, y por la tarde ya el cuadro clínico general habla variado completamente, y es cuando solicitan mis servicios.

En ese momento la enfermita presenta una marcada desinquietud, ligeras convulsiones, temperatura de 38 grados, una coloración de la piel con un estado más bien cianótico de las manos y de los pies. Su apetito, aunque conservado, está disminuido, notando la madre que en los últimos biberones la niña no podía alimentarse seguidamente sino por intervalos de medio minuto y que después de tomar no más de media onza de leche lanzaba desgarradores gritos que duraban de cinco a treinta minutos, Presenta vómitos frecuentes, alimenticios unos, flemosos otros.

Sus deposiciones son en número de diez a doce al día, de consistencia líquida, de color verdoso más o menos oscuro, flemosas, con grumus de leche en la mayor parte de ellas, manchadas todas las deposiciones de sangre que, en mayor o menor cantidad, variaba del color rojo claro al rojo oscuro.

Después de estas deposiciones.

se presentaba el cólico, aunque no tan intenso como el que¹ se presenta después de la ingestión de la leche.

Examen físico. — Se nos presenta con relativa nutrición, alcanzando su peso casi nueve libras.

Su cabeza aparece bien cubierta de pelos, bien conformada, y ligeramente deprimida la fontanela anterior. Su cuello es normal.

Sobre el tórax aparecen costras melicericas, y vesículas desecadas que corresponden a un impetigo que días antes había tenido. La columna vertebral muestra poca flexibilidad, sin que ninguna otra anomalía pueda ser apreciada en ella.

Las extremidades inferiores, como el resto del cuerpo están bien nutridas, observándose solamente su marcada flexión sobre el abdomen. Las extremidades superiores nada anormal presentan. El reflejo rotuliano es nor-

mal.. La piel, según hemos descrito tiene un color rojizo que se intensifica en el momento del dolor, presentando en ese instante las manos y los pies un aspecto cianótico. Ganglios linfáticos normales. Ligera rinitis. Pulmones y corazón normales.

En el abdomen podemos apreciar marcada dilatación y dolor sobre los colones.

La boca húmeda y cubierta de muget.

Los ojos están constantemente cerrados desde el día anterior, no habiendo al parecer nada anormal en su aparato visual.

La micción es frecuente y abundante. Duerme poco.

Con esta sintomatología y antecedentes que obtenemos, gracias a un paciente y prolongado interrogatorio, establecemos el diagnóstico provisional de colitis folicular, prescribiendo la terapéutica indicada en esos casos.

Tres horas más tarde tengo que

verla nuevamente, solicitado por la familia, porque la niña presentaba un intenso cólico desde hacía un cuarto de hora, y que se inició tan pronto tomó la primera cucharadita de la fórmula de Marfan por mi indicada.

Efectivamente, la en Termita que exteriorizaba su dolor en forma de fuertes gritos que se oían desde la calle, y que en todo recordaba el grito hidrencefálico de los estados meníngeos, presentaba además una serie de convulsiones tónicas y clónicas de todo el cuerpo, fijeza pupilar en midriasis, flexión de las extremidades inferiores, distensión intestinal y temperatura de 37,8.

Después de diez minutos exactos de reconocimiento, y mientras formulaba una medicación calmante, decidí colocar a la niña en decubito prono, cesando como por encanto el dolor a los tres minutos de haber adoptado esa posición.

Durante el resto del día el cólico no fue tan intenso, pues la madre, al administrarle las medicinas, la colocaba en la posición

arriba indicada o bien, al cargarla, le comprimía el abdomen con su pecho.

A las nueve de la mañana del día siguiente, al reconocerle la boca, nota ja madre que el muget había aumentado, decidiendo pincelarle las placas con el líquido que le había recetado antes para su hija mayor, cuando presentó la misma afección y que hacía dos días que ya venía aplicándose, tal como hemos dicho anteriormente.

Una hora más tarde vuelven a presentarse los cólicos la misma intensidad del principio, pero con mayor frecuencia y además vómitos espontáneos o después de la administración de alimentos o de los medicamentos indicados.

A las diez y media veo nuevamente a la enfermita, comprobando lo anteriormente expuesto y además unas lesiones papulosas de tamaños variables entre una cabeza de alfiler y una lenteja, con una base eritematosa y localizada hacia el epigastrio e hipocostrios, y que en ese momento, por falta de luz, atribuí a las com-

presas húmedas de linaza que en esas regiones se había aplicado. Las deposiciones vuelven a hacerse muy frecuentes (cuatro en media hora), aumentando las flemas sanguinolentas también.

Insisto en conocer el contenido de esas pinceladas, interrogo al farmacéutico que las había preparado, quien me notifica la fórmula era:

Solución de bicloruro de mercurio al 1 por 4000.

Atribuyendo, pues, la causa de todo el cuadro presente al mercurio, suspendo esas aplicaciones, dejando su aparato digestivo en un reposo absoluto durante seis horas y hago colocar a la enfermita boca abajo.

Transcurrido ese tiempo en que la mejoría era evidente, noto que aquellas lesiones papulosas que hemos mencionado ya se habían extendido por el dorso, piernas y superficie de extensión de ambos brazos y nuca. Esas lesiones corresponden al cuadro clínico del eritema multiforme.

Al siguiente día ese eritema va palideciendo; los cólicos ya han

desaparecido; la niña acepta perfectamente los alimentos y productos medicamentosos; la temperatura es normal; las deposiciones escasean, sin que presen, ten nada de sangre, pero su color sigue siendo verdoso.

Dos días después, la abuela materna, ignorando que yo había proscrito las pinceladas de bicloruro de mercurio, vuelve a aplicárselas y ese cortejo sintomático que ya hemos descrito se presenta de nuevo.

Cinco días más tarde, cuando, ya tomaba su leche, sus orinas escasean, toman el aspecto turbio, y en el análisis aparece como una anormalidad vestigios de albúmina y hematíes abundantes.

Todo vuelve a la normalidad con la administración de una infusión de estigmas de maíz.

Historia clínica N9 II.

P. B., blanca, sexo femenino y de seis meses de edad.

Historia familiar. — La madre padece de psoriasis desde los diez años. Padre padeció de endoarteritis obliterante de tres dedos de la mano derecha, y cuya etio-

logía parece ser sifilítica, pues cedió la enfermedad al tratamiento por neosalvarsán y yoduro.

Han tenido seis hijos, de los cuales viven los dos primeros y el último (el consultante). Los otros han muerto de una manera súbita dentro de los cuarenta y cinco días de nacidos, y teniendo solamente horas de enfermedad. La sintomatología que todos presentaron de manera invariable se resume en la siguiente forma: vómitos frecuentes, cólicos, hipotermia y muerte.

Antecedentes personales. — Nació a I03 nueve meses con siete libras y cinco onzas de peso. Es alimentada con leche materna, sin que por otra parte exista régimen en cuanto a la frecuencia y duración de las tetadas.

A los siete días de nacido pre-

sentó ligeros trastornos gastrointestinales, que curaron en pocos días con la administración de purgantes.

Desde entonces la enfermita aumenta constantemente de peso, a) extremo de pesar diez libras y tres onzas a los dos meses; trece dos onzas a los cuatro meses y diez y seis libras a los seis meses que es cuando por primera vez la vemos.

Historia de la enfermedad. — Desde hace tres días la niña ha presentado vómitos y diarreas de color amarillo, a veces verdosas y flemosas, con pequeños grumos de leche, muy ligeramente fétidas. Temperatura de 37.6.

Examen físico. Su cabeza está bien cubierta de pelos. Las fontanelas medias llevan muy ligera tendencia a la osificación. La

frente presenta ligero abombamiento. La nariz se encuentra deprimida en forma de silla de montar. Los párpados están caídos, dejando una pequeña hendidura para permitir la visión, pero que pueden, no obstante, levantarse un instante cuando la niña se excita, para volver a la anterior posición. Este último hecho lo observa la familia desde hace quince días. Los reflejos pupilares son normales.

El resto del cuerpo nada anormal presenta.

La temperatura axilar asciende hasta 37.6 con remisiones de corta duración.

La piel muestra una pulidez no muy intensa contrastante con un ligero tinte rosado de las mejillas.

Boca: Bóveda palatina alta y ligeramente estrechada. La mucosa húmeda y ligeramente pálida.

En el abdomen nada anormal.

Vomita cinco o seis veces al día, unas veces inmediatamente después del alimento y otras algún tiempo después de él.

Deposiciones diarreas en nú-

mero de tres o cuatro al día, con los caracteres anteriormente descritos.

Ninguna otra anomalía en sus demás aparatos.

Le administramos la fórmula de Variot con belladona, un purgante de aceite ricino con salacetol y dieta por veinte y cuatro horas, mejorando rápidamente.

Tres días después le indicamos el myosalvarsán para combatir la posible etiología sifilítica, aunque de una manera científica no habíamos podido comprobarla.

Pero, inquieta la familia por aquella ptosis palpebral, decide llevarla a un oculista, quien estimando la naturaleza sifilítica del proceso, indica unas fricciones de cincuenta centigramos de unguento mercurial doble, no creyendo oportuno por el momento las inyecciones de myosalvarsán.

Se le administra en las horas de la noche, la primera fricción y a la mañana del día siguiente la niña presenta un marcado cólico que se manifiesta de una manera espontánea con la administración de algún alimento. Vómitos fre-

cuentas, deposiciones diarreicas con flemas sanguinolentas, temperatura hasta 37 grados y gran decaimiento completan el cuadro.

Creí que la escena patológica de los hermanos se había presentado.

Tonifiqué aquel organismo con adrenalina, alcanfor, etc., y además paños calientes al vientre, la fórmula de Variot y toda esa terapéutica bastante extensa que en los casos de vómitos, cólicos y diarreas podemos usar en Pediatría. Pero, nada. Si su estado general mejoró, sus cólicos eran más frecuentes, pues todos los medicamentos que administramos por vía bucal lo hacían aparecer o lo aumentaban.

Los enemas de glicerina ictiolada pudieron al fin dominar el cuadro, permitiéndonos realimentar a la enfermita.

Al día siguiente por la noche, en vista de la mejoría de la niña, vuelven a friccionarle el unguento mercurial, y **nuevamente** se presenta el mismo cuadro anteriormente descrito y a idéntica hora.

Le indicamos una dieta lo más absolutamente posible, enemas ictiolados y paños de agua caliente al vientre, y todo vuelve a lo **normal**.

Resumen.

1ª Las sales mercuriales han sido y son muy usadas. El **calómel** resulta **ser** uno de los compuestos más populares, pero a ve-

ces se formula en excesiva dosis o se usa en casos que está contraindicado; de ahí los fracasos.

Sin embargo, los fracasos obtenidos con los demás preparados mercuriales, aun cuando sean indicados correctamente, debe hacernos mirar a esta droga con cierto recelo.

29—Los casos que hemos presentado muestran una marcada intolerancia por las sales mercuriales. El primero por la ingestión de dos o tres gotas a lo más de una solución de bicloruro de mercurio al 1 x 4000, y el segundo, por la fricción de cincuenta centigramos de unguento mercurial.

39 — El síntoma más prominente y constante ha sido el cólico, que se presenta o se exagera por la administración de medicamentos o de alimentos.

La diarrea con flemas sanguinolentas o los vómitos no resultan ser tan constantes ni característicos.

49 - La mejor terapéutica nos ha parecido que es la dieta lo más absolutamente posible, enemas calmantes y posición en decúbito prono.

59 - En vista de los buenos resultados hoy día obtenidos con el bismuto y los derivados arsenicales en el tratamiento de la sífilis, debemos relegar a un segundo plano las sales mercuriales.

El uso de 19 Timosina en los dolores débiles durante los periodos primero y segundo del parto

Comunicación preliminar basada en el estudio de 18 casos. |

Julius Jarcho, M. D., F A. G. S., Nueva York, K. V.

medico ginecólogo del Sydenham Hospital del Beth David Hospittal, del Hume of the Daugliters of Abraham y del Hasting Hillside Hospital

Aunque el extracto pituitario ha sido empleado para combatir la inercia uterina y producir o acortar el parto, se ha hecho principal uso de ella en el segundo y tercer periodos del mismo. Muchos ginecólogos consideran que es una droga poderosa que debe ser usada con precaución. Pocas veces se administra al comenzar el primer período del parto, pues podría causar contracciones uterinas demasiado fuertes para el momento. Los efectos de algunos otros extractos orgánicos en las contracciones uterinas han sido estudiadas por Kohler en 1927.

En 1925, en el congreso de la Sociedad Ginecóloga Alemana, Temesváry hizo un breve relato preliminar de sus experimentos con el extracto de timo y del uso de la combinación de los extractos tímico y pituitario en el parto. En su artículo de 1926 describió extensamente sus experiencias sobre segmentos uterinos aislados, en los cuales pudo ver que el extracto de timo sólo, en dosis relativamente considerables aumenta escasamente las contracciones uterinas y que esta acción

puede aumentarse mucho añadiéndole extracto pituitario. También comprobó que la acción del extracto pituitario en el músculo uterino se prolongaba por la combinación con el extracto de timo y se modificaban las contracciones de manera que se hacían más rítmicas con el extracto pituitario solo.

La acción del extracto pituitario sobre el músculo uterino es específica; el extracto de timo produce una acción no específica. Las investigaciones de Müller y del Campo han demostrado que cuando el cansancio muscular es producido por estímulo eléctrico, el extracto de timo lo detiene, y aumenta las contracciones musculares bajo prolongado estímulo con tal de que el músculo no haya estado ya demasiado cansado antes de usar el extracto de timo. Esta observación es la mejor explicación del efecto modificador de la acción del extracto pituitario sobre el músculo uterino.

Basándose en estos descubrimientos, Temesváry usó una combinación de los extractos tímico y pituitario en un ciento de casos

clínicos para estimular las contracciones uterinas. En los primeros casos, se administró primero extracto de timo y poco después extracto pituitario; pero en la mayor parte de los casos, se administró una combinación de ambos.

De las preparaciones usadas, la timofisina demostró ser la *más* efectiva. Se administró por medio de una inyección intramuscular de 2 cc. Esta dosis se repetía ocasionalmente, cuando la acción de la primera dosis no se prolongaba suficientemente.

Los resultados en estos casos han demostrado que la timofisina no produce abortos ni partos prematuros. La timofisina tiene su mayor acción en el primer período del parto cuando los dolores son débiles y el parto no progresa satisfactoriamente. La timofisina, en ningún caso de estas series perjudicó a la madre o al niño.

Temesváry observa las siguientes contradicciones en el uso de la timofisina: pelvis marcadamente contraída; cuando el feto está en mala posición; en casos en que el feto está mal conformado o los órganos maternos defectuosos, y en casos de enfermedades cardíacas o renales.

En 1927 Temesváry manifestó que ya timofisina había sido usada en más de 350 casos bajo su observación, generalmente en el primer período del parto. Con algunas excepciones, en que el medicamento no tuvo efecto definido, la timofisina había logrado hacer el parto más rápido. Debido a la acción de la timofisina no hubo inersia uterina secundaria después de nacido el niño y la placenta fue expulsada sin excesiva pérdida de sangre. Con el uso de la timofisina, la duración del parto en las primericias es proporcionalmente de cinco a seis horas (en vez de veinte); en las multíparas, de dos a tres horas

(en vez de doce). Según ha comprobado Temesváry la timofisina actúa solamente después de haber empezado las contracciones uterinas. Cuando la timofisina no produce efecto, es debido a que el músculo uterino se halla exhausto por un parto prolongado, o bien es debido a la acción de alguna toxina que ha debilitado el músculo uterino.

En 1928 Temesváry dio cuenta de sesenta casos más en que había sido usada la timofisina. En algunos casos se había empleado la timofisina para diferenciar los verdaderos dolores de partos de los falsos. En tres casos se administró para producir partos prematuros, en dos de cuyos casos se obtuvo completo éxito. En estos casos se administró la timofisina en repetidas dosis de 0.2 ce. cada vez hasta que empezaron los primeros dolores; entonces se administró una sola dosis de 1 ó 2 ce. En cincuenta y un casos se usó la timofisina en el primer período del parto, dejando de producir en sólo cuatro casos, el efecto deseado. En cuarenta casos se administró con efecto completo estimulando las contracciones uteri-

nas y haciendo el parto rápido y corto. Los casos en que el parto se prolongó más de cinco horas fueron considerados como moderadamente buenos. La timofisina rinde su efecto máximo cuando se administra temprano, desde los primeros momentos; tan pronto aparecieran los dolores débiles e infrecuentes. Temesváry anota que en muchos casos administró la timofisina en dosis de 2 ce.; pero en otros usó una dosis inicial de 1 ce, observando que la dosis mayor no producía trastorno ni daño de ninguna clase. Temesváry no recomienda el uso de la timofisina en el segundo período del parto, por considerar más efectivo el extracto pituitario.

Jahreiss (6) en 1926 dio cuenta de seis casos en los cuales, hizo uso de la timoficina, comprobando que cuando el parto había empezado pero era lento y no progresaba, la inyección de este medicamento estimulaba fuertes y regulares contracciones abreviando el parto con expulsión espontánea de la placenta.

En 1927 Graff (7, 8) dio cuenta de 270 casos en que había usado la timofisina. Los resultados

eran mejores en el primer período del parto, pues cuando se administraba a tiempo, la duración del parto no excedía de tres horas. El porcentaje de casos tratados con éxito era menor en los que se administraba la timofisina al final del primer período, o en el segundo. Cuando la timofisina fallaba y no producía el efecto deseado, en el 50 por ciento de los casos se debía a su aplicación tardía cuando ya el paciente estaba exhausta por el prolongado parto. Se comprobó asimismo que la timofisina no se podía usar para producir el parto cuando no habían empezado los verdaderos dolores y que por consiguiente podía ser empleada para distinguir los verdaderos dolores de los falsos.

Graff, por regla general, administraba 1 cc. de timofisina, y nunca más de 1.5 cc. En un caso en que usó 2 cc, las contracciones uterinas fueron tan fuer-

tes que se hizo necesario el empleo de la morfina para contrarrestar las contracciones. Graff deduce, pues, que la timofisina está indicada en la inercia uterina primaria en el primer período del parto y en casos en que disminuyan o cesen las contracciones uterinas después de haber empezado el parto.

Kühler y Porges deducen de sus descubrimientos clínicos que la timofisina puede ser usada sin peligro en el primer período del parto, pero que el timo que contiene la mezcla puede ser reemplazado por cualquier otro extracto orgánico (ovárico, mamario, o extracto de placenta). Como el tétano uterino puede presentarse al usar estos extractos combinados; deben tenerse siempre a mano algunos preparados para combatir esta complicación siempre que se use alguna forma de extracto pituitario, cualquiera que sea su modificación.

Sachs en 1927 dio a conocer los resultados obtenidos con la timofisina en cincuenta y tres casos en el primer período del parto. Las indicaciones para su uso fueron el debilitamiento de los latidos cardíacos del feto, inercia uterina, enfermedad o debilidad constitucional de la madre, pelvis ligeramente estrecha con partes blandas rígidas. En sólo cuatro casos dejó de producir la timofisina sus efectos satisfactoriamente. No tuvo efecto la droga en dos de tres casos de aborto, pero fue muy efectiva en cinco de seis casos de aborto prematuro.

Liebe en 1928 rindió informe del uso de la timofisina en cien casos, principalmente para combatir la inercia secundaria en el segundo período del parto. Demostró ser efectiva en todos los casos menos uno, estimulándolas contracciones uterinas, de modo que el alumbramiento se llevó a cabo por medidas preservativas. Es de observarse que Liebe difiere de las autoridades anteriormente citadas prefiriendo el uso de la timofisina en el segundo período del parto, no encontrándola superior a otras preparaciones de extracto pituitario en la inercia primaria del primer período. La

timofisina demostró ser de gran efecto en algunos abortos ayudando a la expulsión del feto y de la placenta. Liebe aconseja pequeñas dosis de **timofisina**, de 0,5 a 1 ce. repetidas según indicación.

Oliwer, en 1928, informó acerca de cien casos de los cuales cincuenta y siete fueron tratados con timofisina en el primer período del parto para combatir la inercia uterina primaria, y cuarenta y tres a los cuales se les administró la timofisina en el segundo período. En el primer grupo, la timofisina produjo contracciones uterinas regulares y fuertes en la mayoría de los casos, con un porcentaje de duración de tres horas y media en las primíparas y de veinte minutos a dos horas en las múltiparas. En un 10 por ciento de los casos se hizo necesario el alumbramiento por medio de los fórceps. En el segundo período del parto la timofisina causó el alumbramiento en un tiempo variable de quince a sesenta minutos; produciendo la expulsión espontánea de la placenta en un tiempo de quince a veinte minutos después del alumbramiento. La dosis era de 2 ce. generalmente, algunas veces ad-

ministrada en una sola inyección, otras en dos inyecciones de 1 ce. cada una con intervalo de una hora.

En 1929, Demuth dio cuenta de 150 casos, en cuyas dos terceras partes fue empleada la timofisina para combatir la inercia primaria en el primer período del parto con prematura ruptura de las membranas del feto. Como la dosis de 2 ce. produjo al principio una contracción demasiado prolongada, Demuth practicó una dosis inicial de 0.5 a 1 ce, generalmente con efecto de cinco a quince minutos. En caso de necesidad administraba en el intervalo de una hora otra dosis no mayor de 1 y medio ce.

De los 150 casos se anotaron nueve fracasos y treinta y cinco con reacciones débiles. Si el

músculo uterino se hallaba ya exhausto por el parto prolongado con anterioridad a la administración del medicamento, el efecto de este era nulo. En casos de partos retardados por dos ó tres horas por medio de morfina u otros sedativos, La timofisina daba resultados satisfactorios. En casos, generalmente de primíparas de edad madura, en los que la timofisina sola era inefectiva, una combinación del método de Klein de dilatación con globos rectales y timofisina era efectivo.

Demuth comprobó que la timofisina era efectiva al principio del primer período del parto con inercia uterina manifiesta; útil en el segundo período, sin tendencia al tétano; pero inefectiva en el tercer período y no suficientemente

ocurriendo a intervalos regulares. Al cabo de cuarenta minutos se repitió la dosis. El cuello se dilató rápidamente, apareció la cabeza de la criatura, dando a luz la mujer a la hora y cuarenta minutos de la primera inyección. Tuvo poca pérdida de sangre y, aunque su tipo de sangre había sido clasificado y estaba el donante preparado, la transfusión no fue necesaria.

Una mujer secundípara que había tenido eclampsia después de su primer alumbramiento, registró una presión sanguínea de 120 mm. Hg. durante su segundo parto. Después de una dosis de 0.5 cc de timofisina la presión subió a 130. Media hora después, con una segunda dosis, alcanzó 140. En pocos minutos nació el niño y entonces la presión sanguínea bajó rápidamente a 120.

Observaciones similares se hicieron en otras dos pacientes con elevada presión sanguínea. Una de ellas tenía una presión sanguínea de 140 mm. Hg. Con 0.5 cc. de timofisina subió la presión

a 142, pero bajó en cinco minutos a 134 y en otros cinco minutos a 128. Quince minutos después de la expulsión de la placenta, bajó la presión sistólica a 125 y a 70 la diastólica y así se quedó. La segunda paciente tenía una presión sanguínea de 160, que descendió a 140, permaneciendo en dicha presión durante el parto entero.

La más ligera alza en la presión sanguínea en estos casos parece ser debida a la acción del extracto pituitario contenido en la timofisina, siendo probable que el extracto de timo desempeñe un papel contrario, haciendo bajar la presión sanguínea. Sería interesante observar esta reacción en gran número de casos con presión sanguínea.

He observado el uso de la timofisina en diez y ocho casos, *y he podido comprobar que es, sin discusión, de gran eficiencia como

• Después de haber sido redactado es-te artículo, diez casos más han sido tra-tados con timofisina, con los mismos resultados alentadores.

estimulante de la dilatación y que abrevia el primer período del parto. En los casos en que el parto cesa súbitamente con la presentación del miembro en el interior de la pelvis, puede ser usada la timofisina en vez de pequeñas dosis de extracto pituitario. En uno de estos casos, una inyección produjo un alumbramiento feliz en diez y siete minutos. La potencia de la timofisina persiste aun en el tercer período del parto, pues en mis casos la placenta era generalmente expulsada a los quince o veinte minutos, y no se me dio el caso de una hemorragia anormal.

En ningún caso en que administré la timofisina observé efecto nocivo en la madre o el niño. Las criaturas lloraban al nacer, tenían buen color y progresaban normalmente. El puerperio era

completamente tranquilo, y el útero y el loquios no presentaban cambios significados.

A estas pacientes se les analizaba la orina, se les tomaba la presión sanguínea y se les observaban las alteraciones de la sangre. Las fluctuaciones sanguíneas, mostrando una leucocitosis normal, fueron fisiológicamente las mismas que yo había observado en casos obstétricos tratados sin timofisina, y cuya descripción amplia y completa aparece en mi artículo "Alteraciones de la Leucocitosis durante el Parto y el Puerperio" en la edición de Enero de 1929 del "American Journal of Obstetrics and Gynecology". En casos normales la timofisina produjo una subida temporal de la presión sanguínea de 5 a 20 mm, Hg., seguida de un descenso. En dos casos en que la pre-

sión sanguínea era alta, al administrarse la preparación no se produjo elevación alguna y la presión descendió a la inicial.

La sangre de los niños era asimismo estudiada: el tiempo del sangramiento y de la coagulación, el conteo sanguíneo de las plaquetas y de los glóbulos blancos y rojos. No hubo diferencia entre esta sangre y la de los casos no tratados con timofisina. En un artículo subsiguiente se publicará un estudio completo del conteo sanguíneo de las plaquetas.

En cuanto a la dosis, ha podido comprobar que es mejor dar primero 0.5 cc. con otra dosis igual a los treinta minutos si la primera ha resultado inefectiva; si no, 1 cc. en la segunda inyección. Es mejor empezar con una dosis pequeña pues no todos los úteros reaccionan de la misma manera. El uso de la dosis pequeña evita además la contracción uterina inicial súbita, a menudo observada con la dosis de 2 cc. La preparación se inyecta intramuscularmente.

Durante la entrevista que tuve con el Dr. Tamesváry cuando estuvo recientemente en Estados Unidos, me dijo que últimamen-

te, había hecho uso de la timofisina al empezar el parto en casi todos los alumbramientos normales. Sostiene la teoría de que su uso inicia los dolores más rápida y regularmente, abreviando «1 parto a cinco, siete o diez horas.

Los casos que he tratado con timofisina son muy pocos para servir de base a conclusiones definitivas; pero mis resultados parecen confirmar los descubrimientos favorables relatados por otros en grandes series de casos, y justificar *su* ensayo ulterior, especialmente en casos de inercia uterina en el primer período de! parto.

CONCLUSIONES

1.—Informes de varios clínicos europeos indican el valor de la timofisina (una combinación del extracto de timo y del extracto pituitario) para aumentar la fuerza, frecuencia y duración de los dolores débiles del parto, especialmente durante el primer período y también en el segundo si los dolores no han continuado.

2.—La preparación es administrada intramuscularmente, con preferencia en la región glútea. Según mi experiencia, es mejor

empezar con una dosis de 0.5 ce. seguida de otra inyección similar o por una dosis de 1 ce, si la primera ha sido inefectiva.

3.—El uso de la timofisina no solamente apura y facilita el alumbramiento normal estimulando la dilatación, sino que dicha acción perdura hasta el tercer período, promoviendo la expulsión de la placenta,

4. —El tipo más favorable es el caso de inercia primaria. Cuando el músculo uterino está exhausto por un parto prolongado, la preparación es inefectiva. En

estos casos se le debe proporcionar descanso a la madre antes de dar término al alumbramiento. Entonces la timofisina será de valor efectivo.

5. —No perjudica ni a la **medre** ni al riño.

6. - Los resultados son suficientemente alentadores para justificar el que otros facultativos teniendo facilidades para emplear la preparación observen sus resultados. Mientras tanto, debemos esperar para emitir un último juicio acerca de su valor.

De «Vida Nueva», de la Habana.

PROGRESOS EN CIRUGÍA DURANTE 1930

Por A. P. Heineck

(Concluye)

que por difusión. Según el autor, este método tiene todas las ventajas de la anestesia espinal sin PUS inconvenientes. **Gellhorn** describe la técnica de la **anestesia** vaginal local con novocaína, efectuada por él en ochenta y dos casos, con solo una defunción operatoria. Walker señala que la máscara quirúrgica no siempre protege al operado contra la infección. La que le ha resultado satisfactoria está formada por una pieza de goma entre dos de gasa. McFee y Baldrige aconsejan las inyecciones intravenosas masivas de solución fisiológica de sal, con o sin glucosa, para el tratamiento del choque. Han administrado de una sola vez....

8.000 cm cúbicos y dicen que pueden darse sin peligro. Payr señala el incremento de la trombosis y embolia postoperatoria fatales y atribuye cierta influencia particularmente a las varices, por lo cual, ocho o diez días antes de la principal operación, las extirpa sistemáticamente.

Walters manifiesta **que** un régimen que tienda a aumentar el metabolismo, la presión sanguínea y la onda sanguínea, ha reducido la mortalidad de embolia postoperatoria en la clínica de los hermanos Mayo, de 0.34 por 100 a menos de 0.09 por 100. P. F.

(Soc de Cir. de Buenos Aires, 14 de mayo de 1930.)

LA ECLAMSIA

Por el Dr. F, PROUBASTA.

La eclamsia es seguramente el cuadro patológico, producido por intoxicación gravídica, más grave que puede ofrecer una embarazada. En el mismo vómito pernicioso incoercible la muerte, si ¡lega, lo hace con cierta lentitud, por etapas cada vez más grave; pero en la eclamsia, cuando estalla un ataque, nadie es capaz de pronosticar si con él se acabará la vida de la enferma. Ciertamente que la eclamsia va antecedida, generalmente, por otras alteraciones, y no en balde se llama modernamente al conjunto, complejo edema albuminuria-eclamsia, o complejo edemo-nefrótico-eclámstico, que Seitz abrevia con el nombre de edneklosis, pero como para muchas embarazadas el estar edematosas aquellas no se tienen por graves, y el edema es un hecho corriente en el embarazo y no se estima nece-

parió el **examen** de orines, el tocologo es solamente llamarlo a! ofrecerse el ataque eclámstico en muchos casos,

La frecuencia de la eclamsia es de 1 por 300 partos, siendo raras [as recidivas, a lo más un 2 por 100. Digno de recordación es el caso relatado por von Hulste, en el que una mujer tuvo ataques de eclamsia en cuatro embarazos seguidos. La eclamsia se presenta regularmente durante el embarazo y parto; pero no es una gran rareza el tener ataques, de ordinario después" de algunos minutos o pocas horas después del parto. Hay, sin embargo, en este último punto, excepciones. Tarnier vio un ataque de eclamsia veinte días después del parto; Bar, al mes; Baudeloeque, a las seis semanas; Simpson, a las ocho semanas. En el caso de Bar se practicó la autopsia y se halló el

riñon grande y blanco, propio de esta enfermedad, y la enferma ofreció en vida una ligera albuminuria después del parto.

Es enfermedad propia de la segunda mitad del embarazo; pero excepcionalmente puede ofrecerse antes, principalmente en casos de mole hidatídica.

Dentro de lo excepcionalmente puede citarse también la mayor frecuencia de la eclamsia en las nefrectomizadas y el poder ofrecer tal trastorno en los embarazos extrauterinos.

En el complejo edema nefrótico-eclámsico lo primero en aparecer es el edema, localizado preferentemente en **las extremidades inferiores**, paredes del vientre, manos y cara. **Con** la cinta métrica y la balanza se pueden **seguir** las fluctuaciones del edema. Toda embarazada cuyo peso au-

menta en una semana en cantidad mayor de lo corriente, debe ser estrechamente vigilada.

Después del edema, el otro síntoma que aparece es la albuminuria, que se ofrece en dos formas: una, en que la cantidad de albúmina es menor a 1 por 1.000; otra, en que es superior a dicha **cantidad**, y ofrece, además, la orina, cilindros. Las albuminurias de menos de 1 por 1.000, pueden no tener origen renal, procediendo de exudaciones vesicales por trastornos de compresión, albuminuria gravídica, etc.; pero deben ser, a pesar de su pequeñez, combatidas por un tratamiento dietético; lográndose, en muchos casos, su desaparición, si son de origen renal.

Essen-Müller fue el primero que comprendió la importancia de los síntomas que anteceden a la

eclamsia y que él reunió bajo la denominación común de eclamsismo, cuyo debido tratamiento puede evitar la aparición de la eclamsia con sus graves consecuencias. El eclamsismo comprende los siguientes síntomas: elevación de la presión arterial, albúmina en la orina en cantidad generalmente superior al 1 por 1,000 existiendo también en ella eritrocitos algunas veces; pero, de ordinario, solamente hay glóbulos blancos, células epiteliales degeneradas y cilindros hialinos y granulados. Existen, además, **en el eclamsismo**, malestar, a veces pertinaz insomnio; cefalalgia, preferentemente en la región frontal, tan violenta a veces, que la enferma casi se aloca; vómitos, tendencia a la diarrea y trastornos visuales, que pueden llegar a la ceguera. Los trastornos de la visión, dada la existencia de albuminuria, pueden hacer creer sean siempre provocados por alteraciones de la retina; pero su rápida desaparición inclinan al ánimo a sospechar que su origen sea debido, en muchos casos, a perturbaciones centrales.

Entre el eclamsismo y la eclamsia según Seitz, no hay fundamentalmente grandes diferen-

cias. La eclamsia es igual que el eclamsismo, con la adición de un estímulo cerebral que provoca el ataque, **estímulo** que no sabemos cómo y por qué *se* presenta. **Tanto** uno como el otro caso tardan lo mismo en curarse, y hay casos de eclamsismo en que la enferma muere sin haber tenido *un* ataque ecláptico. De este conjunto sintomático pueden faltar varios o casi todos los elementos; se dan casos de muerte por intoxicación gravídica, sin que la enferma haya tenido ataques convulsivos, pero ofreciéndose en la autopsia las mismas alteraciones que las presentadas por mujeres muertas en pleno ataque ecláptico. El síntoma que no falta nunca, es la elevación de la **presión** sanguínea, pudiendo deducirse con De Snoo, que todo ataque convulsivo acompañado de presión sanguínea normal, no es verdadera eclamsia. Seitz U! insiste, últimamente, como síntoma de gran valor, en la disminución de reacción a la corriente galvánica, fácilmente demostrable en el nervio mediano.

(1) L. Seitz: *Wie sollen wir-eclampsiebeobachtung and Eclampsiestatistik treiben* 2- Z, F, G. núm. 41, 1930.

Síntomas de mal **pronóstico**, y que, según Seitz, deben obligar al **tocólogo** a la interrupción del **embarazo**, son:

1" El estar la presión arterial durante muchos días sobre 200 ;n. m. de Hg. Bar dice que la gravedad de un caso está más en relación con la diferencia entre **máxima y mínima**, señalando la situación peligrosa que se ofrece **cuando** es menor de 4 a 5 mm.; sin **embargo**, fácil es comprender que a una presión **superior** a 200 **mm.**, la enferma está, además, **amenazada** de hemorragia cerebral y aun en el músculo cardíaco.

2" Descenso de la reacción galvánica por debajo de 3'5 M. A., **pues** es una prueba de peligrosas alteraciones del equilibrio celular y humoral.

3" Grave retinitis albuminuria.

4" Fuerte alteración de **los** sentidos y completa ceguera.

5" Intensos dolores de cabeza y abotagamiento de los sentidos como prueba de graves alteraciones cerebrales.

6" Aparición de fuerte ictericia, indicio evidente de serias alteraciones hepáticas.

Nosotros, en nuestra práctica, hemos visto dos casos de eclampsia sin albuminuria en primíparas. En el primero, se trataba de la hija de uno de nuestros mejores clínicos, ya fallecido, quien hizo examinar la orina a las nueve de la mañana del día del parto, por el laboratorio de su clínica, con resultado negativo, y a las tres de la tarde era la púerpera presa de un fuerte ataque de eclampsia. Terminé el parto con una aplicación de fórceps, sin ayuda de nadie, con la enferma tendida en la cama sin conocimiento; ignoro aún cómo pude hacerlo. El ataque se repitió atenuado a la salida de la placenta. La enferma murió años más

tarde de esclerosis cardiorenal, después de haber tenido otros dos partos sin incidentes.

En otro caso se refiere a una enferma que sufrió durante el embarazo una fiebre tifoidea grave. Por este antecedente, examiné en pleno parto su orina detenidamente a las once de la mañana, sin hallar rastro de albúmina. A las seis de la tarde, transcurridas dos horas del parto, se presentó un ataque violento de eclamsia, quedando la enferma durante muchas horas en profundo coma. Esta señora, a pesar del mucho tiempo transcurrido, goza de perfecta salud.

En ambos casos, después del ataque, había en la orina gran cantidad de albúmina.

Con toda seguridad, que si hubiese examinado antes del parto la presión sanguínea, en lugar de la orina, el aumento de presión hubiese sido suficientemente elevado para llamar la atención. Desgraciadamente en aquel entonces no se conocía el esfigmomanómetro para tales menesteres.

Si los medios terapéuticos empleados no logran la retrocesión del eclamsismo, la eclamsia aparece.

El ataque de eclamsia ha sido dividido por los clínicos en cuatro períodos:

En el primero aparecen convulsiones fibrilares de los músculos palpebrales y de la cara, que se extienden hacia el cuello y las extremidades superiores. Los ojos ruedan dentro las órbitas. La duración de este período es de medio a un minuto.

En el segundo período, llamado *tónico*, los músculos del tronco y extremidades se contraen persistentemente al máximo. La contracción de los músculos de la garganta y laringe impide la respiración, y la cara marca las señales de asfixia. En este período la enferma puede morir, y en su duración puede calcularse la gravedad del ataque, duración que no suele pasar de medio minuto, de ordinario de diez a quince segundos.

El tercer período, llamado de convulsiones clónicas, se inicia generalmente por una inspiración profunda. Sacudidas musculares lanzan a la enferma de un sitio a otro, pudiendo producirse fracturas y luxaciones si no se protege a la enferma. El pulso al comienzo fuerte y tenso, se hace

débil y rápido. La duración de este período es de dos a tres minutos, pudiendo llegar, en casos raros, hasta veinte minutos.

A este período sigue el coma, restableciéndose la respiración y quedando la enferma sin conocimiento.

Los ataques pueden ser de índole muy variada. En unos, el ataque es corto y el Coma desaparece en seguida; en otros, la conciencia no se desvela y los ataques se subsiguen. Nosotros recordamos un caso en que la enferma, al hacernos cargo de ella, llevaba doce horas de ataques continuos. Durante la operación cesárea, que le practicamos, tuvo siete ataques, pese a la anestesia. El feto, de sexo masculino, salió vivo; la enferma murió al tercer día, a pesar de **haberse** abierto el filtro renal, orinando gran cantidad de orina, últimamente casi sin albúmina, pero en pleno coma, que no cesó hasta su muerte. Seguramente se **produjo** una hemorragia **cerebral**.

La duración del Coma es muy

importante para el pronóstico. Si es muy breve, casi nulo, la mortalidad es de 5,7 *por* 100; si el coma es francamente existente, 10 *por* 100, y en las **profundamente** comatosas, el 44 *por* 100.

El número de ataques de eclamsia puede llegar a más de 300. Von Jardine cita un caso de 207 ataques, en que la enferma curó.

Después del ataque, la presión arterial llega al **máximo**, la temperatura se eleva (39-40*), la cantidad de orina disminuye y, en cambio, la cantidad de albúmina aumenta, **pudiendo** llegar a 100 *por* 1.000 y más. Pueden presentarse amnesia y psicosis.

Como complicación grave, hay la desinserción prematura de la placenta.

Signos de buen pronóstico son: ataque breve, coma nulo, abundante sudoración al final. Nada hay, sin embargo, tan individual como la eclamsia, y, en términos generales, se puede decir que al estallar un caso de eclamsia es bien difícil pronosticar el resultado para madre e hijo.

El tratamiento de la eclamsia ha de ser, como siempre, preferentemente preventivo. En toda embarazada que se ponga bajo nuestra vigilancia, debemos poner en práctica todos los medios para evitar la nefropatía de las embarazadas. La alimentación ha de ser completa y variada, limitando algo los albuminoideos y las grasas. No olvidaremos tampoco de añadir a la alimentación determinadas sustancias absolutamente necesarias para el desarrollo fetal, como calcio, hierro, vitaminas. El ejercicio moderado, al aumentar la ventilación pulmonar, dificultará la acidosis de la sangre.

La eclamsia es el final de un complejo, que se inicia con edemas, y éstos deben, por tanto, combatirse. A toda embarazada que se presente a nuestra visita con edemas y éstos sean algo importantes, le recomendamos el reposo en cama durante tres días, aumentándose exclusivamente con leche declorurada. La leche, que hasta ahora había sido la panacea de la albuminuria y de los edemas, no obstante los buenos

resultados con ella obtenidos, ha sido definitivamente desechada, por contener 0'70 gr. de cloruro sódico por litro; pero como la industria proporciona hoy, y en nuestro país, leche sin sal, no tenemos inconveniente en utilizarla. Después de estos tres días, sometemos a la enferma a la dieta sin sal de Suoo, consistente en:

Almuerzo: pan, manteca, huevos, confituras.

Comida: sopa, pescado o carne, patatas, legumbres, compota de arroz sin leche o con leche declorurada.

Cena: manteca con pan y frutas.

Todo sin sal.

Como bebidas: té, café sin leche o con leche declorurada y con azúcar. El chocolate disuelto en agua es bien tolerado.

Si los edemas persisten o mejoran poco, puede intercalarse algún día en que las comidas consistirán exclusivamente en frutas, para dar variación al alimento, que deberá, en lo posible, continuar en la forma dicha.

La dieta sin sal es de un gran valor preventivo y superior al

antiguo procedimiento de la dieta láctea. Sin retención de cloruro de sodio no hay eclamsia (de Snoo)

La comida sin sal cansa pronto a las enfermas, aunque se agregue la llamada sal de régimen (Hosal y otras). Tampoco se puede continuar con ella durante muchos días impunemente. Es preciso, por tanto, después de algunos días, agregar pequeñas cantidades de cloruro sódico, comenzando por 1,50 gramos a 3 gr., hasta llegar a diez gr. diarios, si se obtiene mejora, que es lo general.

Sería inacabable citar las distintas alimentaciones que se han propuesto para las enfermas edematosas o albuminúricas con la cantidad de sal que, según los casos, puede permitirse. En la práctica, lo más sencillo es comenzar con el régimen sin sal y, si el caso es importante, limitando la absorción de líquidos, limitación que puede llegar a 900 cm. cúbicos al día, en forma de purés, papillas, etcétera.

En casos de eclamsismo, con

síntomas de gran relieve, *ladieta afamis*, propuesta por Vollhard, y que puede tener hasta tres días de duración, se impone.

Nunca debe olvidarse que el reposo en cama es un gran coadyuvante de toda dieta y tratamiento.

Si el eclamsismo no mejora, a pesar del tratamiento, y la presión vascular aumenta, síntoma el más importante y que el médico debe siempre explorar, el tratamiento a seguir es el mismo de la eclamsia, pues aunque no haya hecho su aparición, está a punto de hacerlo.

Tres tratamientos tiene el médico a escoger en caso de eclamsia: el expectante, el intervencionista y el de la línea media, según denominación de Edelman.

El tratamiento activo, consistente en la terminación del parto al primer atarime, tiene hoy numerosos y decididos partidarios. En un reciente trabajo, Wachtel dice: «Estamos hoy en el mismo punto de partida que en el año 1907, en que yo dije: la causa de

la eclamsia hay que buscarla en el metabolismo de la placenta, y la única terapéutica causa! es alejarla del cuerpo de la enferma, y esto únicamente se logra haciendo parir a la ecláptica inmediatamente-. La consigna en la clínica del profesor *Franz Veber*. a la que pertenece *Wactel*, es. **que**, después de un primer **ataque**, la enferma debe quedar libre de BU embarazo media hora **después**. acudiendo al procedimiento más rápido, la operación cesárea, si no hay manera de practicar una versión o hacer una aplicación de fórceps.

Dice Zangemeister: "El vaciar la matriz es el mejor medio para obligara retroceder al proceso, aunque sea lentamente, pues una vez se ha desarrollado un **ataque** y se abandona el mal a las fuerzas naturales, nadie puede prever el resultado para la madre y el feto Freund, después de examinar-551 casos de eclamsia, termina diciendo: cuanto más precozmente se termina el parto, mejores resultados se obtienen, puesto que la mortalidad crece con la espera.

En la clínica de Bumm. la terapéutica expectante dio un 25-30 por 100 de **mortalidad**; en cambio, la **terapéutica** activa inmediata dio solamente un 1.8

Con el tratamiento expectante se intenta evitar toda intervención. Finan) Ka sido uno de **los** que más categóricamente se ha situado en este sentido al decir que jumas el tratamiento de la **eclamsia** debe ser quirúrgico.

El tratamiento oportunista se funda en terminar el parto así que el cuello tenga suficiente dilatación para hacerlo; y si la enferma no está en período de parto, practicar el tratamiento expectante, En casos graves, acuden también a la operación cesárea.

La base de la terapéutica expectante está en la sangría, y **el tratamiento** de Stroganow para lo.« **ataques**.

La sangría, introducida en **!?** **práctica por Zweifel** y Lichtenstein, debe practicarse en caso de eclamsismo **grave** o al ser llamados para **combatir** un ataque de eclamsia. **Será abundante**, de 400-600 cm. cúbicos. Con ella se

logra un descenso en la hipertensión, un menor peligro de las extravasaciones **sanguíneas** y una mayor facilidad **en la circulación**, El peligro está en **que**, si se presenta el parto, no se sabe **nunca** la cantidad de **sangre** que **puede** perder la enferma y si LA extracción de sangre hecha, junto con la que se pierde en el parto, será excesiva o no.

El procedimiento de Stroganoff es el siguiente:

En el momento de ser llamados para tratar una ecláptica, *inyec.* -taremos 0,01-002 gr. de morfina; una hora después, 2 gr. de hidrato de cloral por vía rectal; dos horas más tarde, 0,015gr. de morfina por la vía cutánea; cuatro horas más tarde, 2 gr. de **cloral**; seis horas después, 2 gr. de cloral; ocho horas más **tarde, 2 gr. más de doral**; después de otras ocho horas, 1,5 gramos de doral,

El dora! seda en enemas, atendiendo a la siguiente forma:

Agua destilada.200 gr.
Hidrato de cloral. 10 «
Musilago de goma 20 «
Cada 20 cm. cúbicos contienen 1 gr. de cloral. La cantidad a

inyectar en el recto, se mezcla con lechea partes iguales. La dosis de hidrato de cloral puede aumentarse o **disminuirse** en 0,5 gr, según la intensidad del ataque.

El procedimiento de Sfcroganoff no llega a convencer a los parturios de la terapéutica activa. Señalan el hecho de que el mismo Sloganoff trató 16 casos de eclampsia en la clínica de Bumm. muriendo 7, o sea un 37 por 100 de mortalidad. Como dice oportunamente Michel Wachtel, tal mortalidad no es de extrañar. Una ecláptica es una mujer fuertemente intoxicada, que no puede siempre soportar la adicción de tóxicos, que en forma de cloroformo, morfina e hidrato de cloral, se le administran.

La lucha está hoy entre intervencionistas y expectantes. El criterio de la línea media ya no tiene razón de ser, pues ya no existe tocólogo que tenga un criterio absolutamente cerrado y no se adapte con más o menos inclinación a sus convencimientos, a las exigencias del momento. Dudamos, por ejemplo, que en el ca-

so por nosotros relatado, de una ecláptica en doce horas de estado comatoso y con una subintran-
 cia continua de convulsiones y en la que se había practicado una terapéutica completa, el médico más abstencionista no hubiera dejado de intervenir, estando el feto vivo; ni tampoco existe médico intervencionista que practique la operación cesárea si la ecláptica está en pleno trabajo, con dolores enérgicos y con una dilatación *de* una palma de mano.

La inmensa mayoría de tocólogos se deciden hoy por el tratamiento activo. El mismo Seitz, aun reconociendo que faltan estadísticas lo suficientemente elocuentes para decidirse, se inclina por la intervención. Los perfeccionamientos en la técnica de la operación cesárea, la probable seguridad de sacar con vida, al feto, son motivos para tal preferencia.

La situación cambia si el ataque ecláptico aparece una vez ha sido expulsada la placenta. En este caso las discusiones ya no tienen razón de ser. Hay que acudir al método de **Stroganoff** y a la sangría. Si con el proceder de Stroganoff no se obtiene me-

jora, cabe aún ensayar la escopolamina. **añadiendo** eucodal y efetonina para disminuir en su poder las acciones secundarias de dicha substancia. La casa Merck prepara inyecciones apropiadas, debiendo preferirse la solución débil, aunque debe repetirse (escopolamina \pm milígr., eucodal 1 cgr., 2/1 cpr. de efetonina).

En la **eclamsia post-partum** combatiremos también la **asidosis** de la sangre por medio de inyecciones intravenosas de solución (de Ringer, añadiendo un **5 gramos por 1000** de bicarbonato sódico, según el consejo de **Zweifel**).

La sangría, en tales casos, puede parecer tratamiento superfino, dada la cantidad de sangre perdida durante el alumbramiento. En casos de **verdadera** gravedad, *no dudaremos* en utilizarla, practicando acto **seguido** una inyección intravenosa de la solución de **Ringer**.

Un tratamiento activo especial también tiene su razón de ser en estos casos, pues esta forma de **eclamcía** puede ser provocada y mantenido por algo retenido dentro de la matriz: taponamiento, trozo de placenta, coágulo adhe-

rente. Si se sospecha alguna de estas complicaciones!, debe hacerse, con ayuda de la anestesia, un examen de la cavidad uterina y extraer lo retenido, con lo cual queda **yugulado** instantáneamente todo otro ataque.

Quedan por exponer los **cuidados** generales a que deben ser sometidas las eclámpticas.

Pocas enfermas hay como las eclámpticas tan sensibles a toda clase de excitaciones. Un estímulo, **por** insignificante que sea, puede provocar un nuevo ataque. Se colocará la enferma en una habitación alejada de todo ruido, de toda corriente de aire, de luz intensa. Una enfermera adiestrada será la única que cuidará a la enferma, sin permitir que penetren en la habitación los familiares de ella, cosa difícil de obtener. No se realizarán exámenes, cateterismo, inyecciones subcutáneas o intravenosas sin previa anestesia, dada con escrupuloso cuidado- Durante el ataque se introducirá entre los dientes una cuña de goma o el mango de una cuchara de madera envuelta con gasa o lienzo, para evitar las heridas por mordeduras, y protegeremos, sin acudir a la fuerza, a la enferma contra posibles traumatismos por medio de almohadas.

Al ser llamados para tratar a una eclámptica, inyectaremos, una vez terminado el ataque, *i* centigramo de morfina, utilizando la anestesia clorofórmica, si la enferma no está en pleno coma,

pues el solo pinchazo de la aguja puede repetir el ataque.

Si creemos conveniente trasladar a la enferma a una clínica, lo haremos previa una inyección de morfina, a la que se puede añadir medio miligramo de atropina para limitar las secreciones y evitar la mala influencia de los anestésicos (éter, cloroformo) en los centros respiratorios.

El corazón de las eclámpticas merece una especial atención, y se administrarán, en caso necesario, cardiotónicos apropiados, con excepción del aceite alcanforado, pues el alcanfor se descompone en el hígado y sería para éste una sobrecarga, dado lo alterado que está por la enfermedad

Una inyección de lobelina puede prestar grandes servicios para restablecer la respiración, si ésta no se manifiesta con toda normalidad después de un ataque.

Unas cuantas gotas de cloroformo pueden detener un ataque incipiente.

En período de coma se evitará administrar líquidos por la vía oral. Si tal estado fuese de tan larga duración, que se creyera necesario dar sustancias líquidas a la enferma, se acudirá a la vía intravenosa, utilizando la solución de Ringer o el suero glucosado.

Con lo dicho, no termina cuanto se ha propuesto para combatir el estado **eclámptico**; creemos, sin embargo, haber citado cuanto puede interesar al médico práctico.

De *Revista Española de Medicina >j Cirugía.*

LA punción de la cisterna cerebelo-me fular

^ Por el Dr. W. DIETER (de la Clínica oftalmológica de IA Universidad de Kiel)

En tanto que un método de exploración clínica a pesar de sus manifiestas ventajas no alcanza la debida difusión, es conveniente dar cuenta de los incidentes y fenómenos a que pueda dar lugar.

No cabe duda que las molestias consecutivas a una punción occipital correctamente ejecutada, son mucho menores que las que siguen a una punción lumbar, y a menudo de tal insignificancia, que se practica ya esta intervención en la práctica ambulante.

Y sin embargo, hay quien abraiga todavía cierto temor contra esta punción, cosa por otra parte comprensible si se considera que la región en que se interviene se halla inmediatamente junta al centro respiratorio y a vías de importancia vital, habiendo ocurrido ya algunos casos de lesiones de esta naturaleza. Ahora bien, así como no puede evitarse el lesionar los vasos de topografía anormal, creo que empleando una técnica cuidadosa pueden evitarse con seguridad las lesiones de

las partes profundas de la cisterna.

Nosotros procedemos por lo general de la manera siguiente: Después de rasurar la nuca y hallándose el paciente en decúbito lateral, se palpa la protuberancia externa y la apófisis espinosa del axis (la primera prominencia que se encuentra debajo de la protuberancia), introduciendo la aguja en la parte media entre ambos puntos. (Lo más sencillo es tirar un trazo vertical con tintura de iodo y marcar su mitad con una línea horizontal.) A continuación, y con ayuda de una torunda de algodón montada en una varilla, pintamos la región de la punción con ácido fénico concentrado, en una zona de 3 a 4 mm. de diámetro, ejerciendo una ligera presión por espacio de medio minuto hasta que la piel empiece a palidecer, en cuyo momento se quita rápidamente el ácido fénico con ayuda de la tintura de iodo.

Este procedimiento, no conocido por la generalidad de los prác-

ticos, se presta incluso a practicar inyecciones casi **indoloras**. Desde el año 1915 lo venimos empleando por **primera** vez en la clínica del profesor **Hofmeister**, de Stuttgart. Actualmente se emplea la cánula usada corrientemente para la punción lumbar (provista de mandril) dirigiendo la aguja al punto en el que la cresta occipital externa alcanza el borde posterior del agujero occipital; en este momento, la punta de la aguja se desviará un poco hacia abajo, siguiendo el borde óseo, con lo cual se sentirá el ligamento occípito-atloideo posterior, cosa que en los adultos ocurre a los 4'5-5'5 em. de profundidad. En todos los casos se nota esto por la diferencia de resistencia, sobre todo cuando se lleva la aguja con 2 **mm**, de desviación lateral (evitando el ligamento de la nuca); entonces la punta de la aguja, tan pronto como haya tocado el hueso, deberá ser dirigida hacia abajo y hacia dentro* con lo cual se alcanza la cisterna precisamente en su parte media. De este modo se consigue que el canal de la inyección describa un trayecto quebrado, resultando menos probable la formación de una fístula. Es preciso ver de

antemano la longitud del bisel de la cánula, ya que la abertura de ésta debe quedar dentro de la cisterna y saber cuánto ha de penetrar después de atravesado el ligamento occipito-atloideo posterior, por lo general, basta con 5 mm., de modo que aun cuando el paciente haga un movimiento brusco con la cabeza, no hay que temer herir el centro respiratorio, ya que la cisterna tiene una profundidad de 1,5 cm.

El autor expone a continuación dos casos en los cuales la muerte, acaecida poco después de la punción, podía hacer pensar en una dependencia causa); sin embargo, la autopsia demostró en el primero la presencia de edema pulmonar y en el segundo un aneurisma cuya rotura había producido una hemorragia mortal.

A pesar de que se insiste siempre sobre los peligros de la punción de la cisterna o de la tumbar en las afecciones orgánicas del cerebro, no hay que negar que el práctico en ciertos casos *se* verá obligado a arrostrar estos peligros cuando necesite establecer un diagnóstico rápido.

(De la Medizinische Welt", N^a 37, 1928).

El tratamiento de las fracturas expuestas e infectadas

Toda fractura, sea simple, complicada o infectada, debe reducirse mediante la tracción o contracción, y esta reducción se mantendrá inmovilizada durante todo el período de consolidación. La diferencia entre una fractura simple y una infectada es que en esta última no se iniciará en seguida el tratamiento funcional, sino cuando se **halla** localizado y **apagado** el foco de infección.

Una fractura expuesta y contaminada es una herida bacteriológicamente sembrada de gérmenes, pero no es clínicamente infectada. Es un distingo temporario cuya apreciación tiene grandes alcances terapéuticos. Entre la siembra en superficie y la pululación y propagación microbiana, pasan unas horas, dentro de las cuales el cirujano puede esterilizar el campo mediante el desbridamiento, la resección de la herida, la limpieza **mecánica** y la antisepsia en superficie. Si estamos dentro de un **plazo conven-**

cional, que la experiencia lo limita a seis u ocho horas, obrando de la manera descrita y ya clásica, se puede cerrar la piel y establecer el tratamiento de la fractura, como si fuese simple. Por este medio se consigue una cura p. p. de la herida y una consolidación de la fractura dentro del tiempo habitual casi en 100 por 100 de los casos. Siguiendo sistemáticamente esta conducta, podremos contemplar las maravillas que nos asombraron a todos los que tuvimos el honor de pasar una temporada en la clínica **da Bo'hler**, Digo en la clínica de Bühler, porque es allá donde la gran enseñanza de la guerra se cultiva con inteligencia y con la pasión de un poseído. Desgraciadamente los mensajes científicos corren el riesgo de los mensajes espirituales. Estos, por falta de fe, aquéllos por falta de técnica, pueden fracasar. Lorenzo Bühler nos enseña la técnica y nos la ensaña con entusias-

mo. Los **dispositivos** adoptados con sus sencillos aparatos nos resuelven grandes dificultades. Sin ellos **fracasaríamos** muchas veces en nuestro intento de aplicar con fruto el mensaje aludido.

Cuando la fractura es expuesta e infectada, ya no es posible cerrarla desde luego, ni siquiera exindir la herida. Se establecerá tan sólo un desagüe adecuado, particularmente cuando el hueso está cubierto por grandes capas musculares. Pero si no podemos hacer más contra la infección, no por eso se descuidará la fractura, la que se tratará de reducir como en nuestro caso, mediante el principio de la tracción y contracción que, al mismo tiempo, inmoviliza el miembro. La tracción orienta los planos y suprime los espacios muertos, sitios predilectos para la formación de abscesos. La reducción de los fragmentos óseos libra a los vasos sanguíneos y trancos nerviosos de compresiones y desplazamientos, mejorando la circulación y el trofismo.

Los tejidos animales o vegetales, dice Bohler, para crecer reparar sus heridas, no solamente necesitan luz y aire, sino también descanso, tiempo, calor y circulación humoral.

Aceptados estos principios biológicos, ¿cómo es posible recurrir a injertos, alambres, placas o tornillos para reducir o inmovilizar una fractura infectada, cuando se dispone de medios de inmovilización y coaptación ideales apli-

cables a cualquier tipo de fractura? Colocar una placa, como hacen todavía algunos cirujanos europeos y como se ha defendido en nuestra Sociedad, significa toda una operación mutilante; significa agrandar la herida, contaminar tejidos sanos. La osteomielitis por infección del foco es una osteomielitis en superficie. Su secuestro, cuando no se trata de un fragmento intercalado y desvitalizado, es una lámina que cubre el extremo de fractura y que se elimina **fácilmente**. Los tornillos que coloca el cirujano llevan la infección a la profundidad y lo menos que pueden hacer es un foco localizado de osteomielitis alrededor del cuerpo extraño.

Se difunde cada vez más en los Estados Unidos el método de Orr, que consiste, entre otras cosas, en practicar el menor número de curaciones posibles en las heridas infectadas, especialmente en las osteomielitis. Es una verdadera conquista terapéutica, que practicará con satisfacción todo aquel que recuerde cómo sufrían nuestros pacientes de osteomielitis al cambiarles diariamente las curaciones.

La experiencia clínica y de laboratorio indica que toda vez que se altera el proceso natural de curación mediante toques, irrigaciones, raspados, etc., se rompe la barrera de protección, se absorben gérmenes y toxinas, se eleva la temperatura. Es la mejor manera de mantener una septicemia crónica y provo-

car un shock permanente por los dolores que significan las curaciones intempestivas. Estos conceptos, que revolucionaron la terapéutica quirúrgica en los Estados Unidos, disminuyeron «?l tiempo de curación, ahorrando material y sobre todo dolor, y que con tanta intuición biológica proponía Julio Méndez, entre nosotros, se han llevado a la quinta esencia en el «Unfalkkrankenhauses» de Viena. orr tapona las brechas operatorias en campo infectado con gasa empapada en vaselina y levanta las curaciones cada dos o tres semanas. Méndez cubría las heridas con apositos planos.

persiguiendo un objeto que armonizaba con sus teorías de inmunidad. Bohler las deja totalmente al descubierto después de haber establecido el drenaje correspondiente, en casos particulares. El que desecado en capas costrosas, cubre la superficie granulante de la herida y mantiene la humedad y el calor necesario para su buena curación. Es el olor a "queso" que el original maestro del viejo "San Roque" trataba de despistar debajo de las curaciones como indicio de buen augurio para la herida. Para terminar, recomiendo la lectura de un corto capítulo del libro de Bohler, *El tratamien-to de las fracturas*, que concluye con el párrafo siguiente:

•Los principios que rigen el tratamiento de las fracturas y de las heridas, permanecerán inmovibles frente a los imprevistos progresos de la cirugía. Cual-

quier tentativa de cura antiséptica mediante vacunas, revulsivos o luces artificiales, se estrellará impotente si no satisfacen las reglas que gobiernan el tratamiento de las heridas. Estos hechos son aplicables al tratamiento de las fracturas. La inyección de productos químicos y otros medios de cura, no conducirán al éxito funcional, si se descuidan las reglan fundamentales.»

En la discusión, el Dr. O. Coppello, que tuvo la oportunidad de asistir y seguir a los así tratados en la clínica de Bohler, suscribió por zeno.

«Para mí-dijo—.habituado a los procedimientos de lavajes o irrigación continua, a los grandes y costosos apositos y al uso de antisépticos, al encontrarme con. un método de una sencillez única, consistente en una operación que elimina tejidos necrosados o esquirilas, que reúne sin cuerpos extraños. que no coloca una gasa ni un fragmento de algodón, dejando las heridas expuestas al aire y a la luz y procediendo desde luego a la reducción ortopédica, como si se tratara de una fractura cerrada, debía llamarme la atención.» Por ello le interesó vivamente la marcha postoperatoria de estos operados, acompañando a la visita diaria que hacían su jefe y ayudantes a los 80 internados.

La impresión recogida de la evolución de estas heridas fue de lo más favorable; no se ven gangrenas ni operaciones mutilantes.

Los enfermos, **provistos** de sus **aparatos** de extensión, presentan, aparte de su buen estado general y ausencia de temperaturas, el aspecto normal de las heridas que evolucionan a la curación *per prima*, sin congestiones locales ni edemas, ni olores, son las heridas secas de ese aspecto amarillento rosado que todos reconocemos en **la** cicatrización *idea*). En caso de supuraciones ellas son limitadas y de **brevísima** duración. **Bohler** sostiene que **la** gasa que **cubre** la herida sostiene las secreciones, impidiendo su libre salida al exterior y entretiene o extiende la infección.

Las bondades del método le incitan a recomendarlo; su ensayo no ofrece riesgo, cimentado como está por una experiencia dilatada que remonta a ja gran guerra. Pero es necesaria su repetición, la experimentación personal, para adquirir **el** conocimiento exacto del método y los casos clínicos presentados por el Dr. Zeno ofrecen entre nosotros **las** primeras pruebas.

El Dr. Allende C. I. dijo que los resultados que ha obtenido el Dr. Zeno en el tratamiento de las fracturas expuestas e infectadas. aplicando **los** principios preconizados por Bohler, los considera equiparables, tanto por la calidad, como por el tiempo que se ha tardado en lograrlos, a los que ha logrado corrientemente, en casos semejantes, siguiendo el viejo precepto de la perfecta reducción y de la mayor contención, como factor fundamental en el tratamiento de tales fracturas.

Es lo mismo que siempre puso en practica, con excelentes resultados, realizando con ello las enseñanzas más elementales de sus maestros, y muy especialmente las **del** Dr, Palma, quien tenía una manifiesta aficción por el tratamiento *de* LAS afecciones traumáticas de los miembros y de las fracturas expuestas en particular.

Desde entonces, considera esencial el empleo de la extensión y contraextensión u, como dice con más propiedad el Dr. Zeno, de la

tracción y contracción, o mejor aún, si se quiere, de las traedores opuestas, y siempre ha logrado con ello satisfactorias reducciones, mediante diferentes recursos, para mantenerlas después con los mismos dispositivos de tracción, o en aparatos enyesados con grandes ventanas. Con tales recursos se han evitado la pseudoartrosis, siempre que el traumatismo no hubiera producido pérdidas apreciables de segmentos del hueso fracturado.

Por lo que respecta al tratamiento de tales heridas al aire libre, desde hace mucho tiempo, es un convencido de sus ventajas, cuando, mediante una escrupulosa vigilancia, se consiga mantenerlas exentas de contaminación exterior, y más aún, si se agrega la helioterapia o en su defecto los rayos ultravioleta, como lo hace ahora corrientemente, con apreciables beneficios, en el servicio del Dr. Sacco en el Hospital Rawson.

Todo ello no implica que esas heridas no deban ser, además, en la mayoría de los casos, escrupulosamente curadas, para despojarlas de los tejidos esfacelados y de las supuraciones desecadas—abundantes sobre todo al principio—cuyas albúminas coaguladas constituyen una capa protectora de la infección subyacente, la que deberá ser suprimida mediante irrigaciones a lo Carrel, u otras.

En síntesis, estima que las enseñanzas de Bohler y la encomia-

ble tarea de su difusión en que se halla empeñado el ilustrado colega Dr. Zeno, tienen el apreciable mérito de promover el respeto a los principios clásicos del tratamiento de las fracturas y el de divulgar el conocimiento, no menos apreciable, cierto, de algunos expedientes ingeniosos dispositivos.

Considera que aquellos principios, que, por su parte, nunca dejó de observar, habían sido lamentablemente olvidados por los cirujanos europeos, en su afán de llegar, bajo la influencia apremiante de la guerra, a obtener mejores y, sobre todo, más rápidos resultados, por la arriesgada vía de la osteosíntesis sistemática, y olvidados también por quienes, sin el justificativo de tal apremio, les siguieron por tan peligrosa ruta.

El Dr. Solé recuerda que ha propuesto para el tratamiento de las fracturas infectadas la incisión amplia de) foco de fractura con curaciones a cielo abierto, agregando para los casos de gran desplazamiento la síntesis temporaria, con el fin de mantener la reducción de los fragmentos.

Presenta a un enfermo (Anastasio E., de cuarenta y cuatro años), que hace dos años tuvo una fractura conminuta, expuesta e infectada, de tibia y peroné. "Presentaba además de las heridas por proyectil heridas por donde se exteriorizaban los fragmentos de tibia y peroné. Miembro equimótico, el pie-

apaidematoso. No se palpa pulso apagón en la pedía y no se aprecian y su saltaciones de la aguja del apade Pachón, colocado en la supramaleolar. Algunos facultativos que examinaron al paciente discutían sobre la necesidad de la amputaroso ^{era} la gravedad de las lesiones. Pulso 120". Temperatura 39°. Soler pensó en un espasmo arterial o comprensión intensa de los vasos por hematoma se realizó la intervención cuarenta y ocho horas después del accidente. Bajo anestesia general abrió la piel y tejido celular de la cara ánterointerna de la pierna en una extensión de 12 cm., puso descubierto en forma subperióstica, ambos extremos de los huesos fracturados, extirpó los Pe pequeños fragmentos conservan-la do los grandes; extrajo los musculos dilacerados en estado de es-

facelo. Colocó gasas que separaban el hueso de los planos musculoaponeuroiticos y dejó toda la herida abierta, Enyesado con **gran ventana.**

El paciente se alivia desde luego, pero a los doce días los fragmentos se desplazan, motivo por el cual se hizo una síntesis en medio séptico pon medio He dos ligaduras de alambre grueso, que toman los fragmentos principales de la tibia y una gran esquirla que se conservó y que realiza el papel de injerto.

En estas condiciones la herida se puede curar a satisfacción, los fragmentos se mantienen en buena posición y el enyesado se renueva periódicamente a medida que la tumefacción de la pierna disminuye.

La evolución de la herida puede considerarse normal y sólo es digno de notar que el gran fragmento libre que se colocó entre los extremos óseos y que realiza el papel de injerto óseo en medio séptico rehabilitó y provocó una reacción de vecindad, formando un grueso callo, que aumentó la producción ósea a este nivel. Las ligaduras metálicas se retiraron cuando la consolidación se produjo.

En definitiva, en este caso se obtuvo una cura perfecta, y sólo podría objetarse la existencia de un callo exuberante, pero ello ha creado una consolidación más firme, sin reportar ningún inconveniente. El acortamiento, de 1 a 2 cm., es despreciable.

Considera que en casos graves de fracturas expuestas infectadas. nuestra gran preocupación debe ser el tratar especialmente el foco de fractura, utilizando los medios que cada uno crea convenientes aplicar en cada caso y tener menos en cuenta los distintos tratamientos de extensión que por las condiciones locales hacen difícil su aplicación y tolerancia por el paciente. — P. F.

De Revista Española de Medicina y Cirugía.

(Viene de la pág.24)

plos anfóricos, etc.

No tienen estas líneas el propósito de esclarecer ni siquiera de exponer un tema concreto, sino de insistir con un ejemplo vulgar en la necesidad de no menospreciar la enseñanza clínica. Parodiando a Goldscheider en el caso de referencia, podría yo decir que más conviene al médico en ejercicio el dominio de la auscultación torácica que el exacto conocimiento de iones y coloides. Goldscheider, en la frase de referencia, se refiere a la necesidad de que el

medido sea una persona, no sólo instruida, sino educada. «Siempre sostuve el punto de vista—dice—de que conviene más esto que poseer mayores conocimientos de Física o de Química, pues el médico tiene que habérselas con personas que no consisten solamente en coloides y iones, sino que también tienen su espíritu... * (1).

(1) Goldscheider: Ueber Gegenwartsromuncen in der Heilkunde—Deutomen. Wochens, 1928, num.10

De *Revista Española de Medicina y Cirugía*.

Tres descubrimientos de importancia en Fisioterapia.

Por el Dr. Víctor Robinson

Profesor de Historia Medien. Tenaple university.

Autor de "Pathfinders in Medicine".

El Siglo Diecinueve, en sus últimos años, legó a su sucesor tres descubrimientos, infinitamente románticos y de perdurable importancia. En octubre de 1895, un maestro de física, mientras contemplaba un tubo viejo al vacío en una caja negra, notó cierta fluorescencia en una película de papel, cubierta con cianuro de platino y bario, que accidentalmente estaba a! lado. Despertó su curiosidad y encontró que las radiaciones desconocidas del tubo podían traspasar substancias opacas a la luz ordinaria, con poder para desarrollar una placa fotográfica. Dos meses más tarde, Wilhelm Konrad Roentgen, obsequió a la humanidad los Rayos X como regalo de Navidad.

Casi en la misma fecha, un joven danés, el Hamlet de la medicina, nacido en los lagos y nebli-

nas de las Islas Faroe del Mar del Norte y criado en Islandia, enfermo sin esperanza desde su juventud, capturó al sol para su terapéutica. Niel **Finsen** fue el primero en emplear científica y concienzudamente la luz solar en el tratamiento de las enfermedades. La luz de la **lámpara ü**« Finsen nos dio fototerapia.

Mientras esto3 experimentos, unidos al genio tenían lugar en el Norte, un hombre y una mujer tomaron alojamiento en una cabaña de los suburbios de París, y trabajaron por muchas horas diarias: -1 hirviendo y agitar-'o en una gran* vasija de hierro, toneladas (U-desperdicios, residuos y hoja? aciculares de pino, que habían--venido de los bosques de Bohemia. Algunas veces él escribía fórmulas mientras la esposa preparaba el te en una estufa vieja. A me-

NOTAS

Con el mayor beneplácito insertamos la grata noticia de haberse terminado el último de este mes el nuevo Anfiteatro de Anatomía, perteneciente a la Escuela de Medicina y construido en terreno del Hospital General. Es un local situado a ciento cincuenta metros de éste, bien ventilado y dotado de abundante luz, y agua. Su capacidad es suficiente para dar **cabida a los** alumnos obligados a **practicar** en cadáver.

Por haber **llegado** al límite de edad, fue **jubilado** en este mes **el Dr. Abelardo Erazo**, antiguo y **excelente** Profesor de **Física Médica** en la Facultad. La Patria sabe recompensar los buenos ser-

regresaban muy tarde en la noche a su cabaña, y de aquel recipiente brotaron productos extraños—**siluetas** luminosas, brillantes como luces encantadas en la oscuridad. **Una** noche Fierre y María Curie vieron más lejos **que** nunca, porque encontraron **radio** en aquel recipiente mágico.

La fisioterapia en el Siglo XX puede estar igualmente satisfecha de su presente que de su pasado. Ha sumado una nueva revelación al arte un poco abandonado de cuidar al enfermo. Ha puesto en nuestras manos armas **previstas** para el dominio de **las** enfermedades, pero son nuestras y tenemos que aprender **La** relación del radio y **A rayos X con** la célula viva, otros términos la unión de la **física** y la biología en el reino de **la luz**, inicia problemas que tomarán varias **generaciones** para

vicios prestados por **sus** hijos. Al lamentar la ausencia del Dr. Erazo, lo felicitamos por haber concluido tan a satisfacción el rol que se le designó en la enseñanza.

Han sido nombrados Profesores de Química Orgánica y Química Farmacéutica en la Escuela de Farmacia, los Doctores Eduardo R. Coello y Armando Rodríguez. Les auguramos mucho éxito en sus tareas.

Fueron admitidos como miembros de la Asociación Médica Hondureña, en la sesión de abril, los **Doctores Guadalupe Reyes** y Cornelio Moneada **Córdova**, jóvenes de grandes simpatías en el gremio y darán nuevos bríos a **la** Sociedad.

Procedente de San Pedro Sula ha llegado a esta capital, nuestro querido amigo y consocio el Dr. Presentación Centeno, ex Ministro de Instrucción Pública. Lo **saludamos** afectuosamente.

Con **gran** pesar recibimos la noticia de encontrarse con su salud bastante alterada, en San Pedro Sula, el socio honorario Dr. Miguel Paz Baraona, ex-Presidente de la República. Son nuestros mejores deseos por que tan insigne Médico y preclaro hombre público recobre cuanto antes sus energías preciosas para bien de la Patria.

Delegados de la Facultad han sido nombrados en Comayagua. Dr. Gustavo Boquín; en Santa Bárbara, Dr. Emigdio Mena; en Yoro, Dr. Pío Suárez, y en La Paz, Dr. J. Miguel **Zacapa**.