

REVISTA MEDICA HONDUREÑA

Órgano de la Asociación Médica Hondureña

Director: DR. CARLOS M.
GALVEZ

Redactores:
DR. HECTOR VALENZUELA — DR. SALVADOR PAREDES —
DR. MANUEL LARIOS C.

Secretario de redacción

DR. MARCIAL. CACERES

VIII,

Administrador

DR. MARTIN A. BULNES B.

Año XII ! Tegucigalpa, D. C., Honduras, C. ¡A., Marzo y Abril de 1942 | N 99

NOTAS EDITORIALES

MEDICOS VISITADORES

Entre las muchas 'Observaciones que pude hacer durante mi período de vacaciones en 'el Departamento de plancho fue que, nuestra clase campesina sufre, sobre todo, entre sus muchas privaciones, de los más indispensables auxilios médicos; de aquellos que, por su '-sencillez y facilidad 'podrían .estar a \SU alcance, y que,, sin embargo, le evitarían prolongados padecimientos y hasta consecuencias desastrosas.

Es frecuentísimo, por ejemplo, que toda una familia se vea> privada del sostén del padre ¡o de cualquiera de 'uno <de los miembros de la misma -porque éstos ¡sufren de paludismo.

En ese caso, '.sea 'por .pobreza, y lo más frecuente, por ignorancia, ese individuo enfermo .permanece semanas y aún meses impositivado de toda labor, por falta de un tratamiento oportuno.

La terapéutica familiar que apenas ;se ¿imita a ¡purgantes o a pociones empíricas, no hace sino' debilitarlo más y más; cuando unas pocas cápsulas de quinina hubieran evitado tan prolongados sufrimientos.

Tuve ocasión de observar también, \a niños y aún hombres, cubiertos de impétigos; los cuales, con una 'simple pomada a base-de óxido .amarillo \de mercurio se hubieran -aliviado inmediatamente. Las faltas '.de dietética infantil son atroces; y un consejo oportuno

EL DENGUE

El Dengue conocido desde el siglo XVIII como un tipo mórbido clínicamente definido es una enfermedad aguda infecciosa y epidémica de evolución cíclica, cuyos caracteres, especiales son los dolores articulares y musculares, la fiebre y la erupción polimorfa.

La sinonimia del Dengue es de una riqueza excepcional. Sus diversas denominaciones le fueron dadas ya por los Médicos que por largo tiempo identificaron la enfermedad o ya por el pueblo impresionado por un signo clínico. Y así se le ha llamado: fiebre reumática eruptiva, fiebre articular exantemática, escarlatina reumática, artrodinia, trancazo, fiebre polka, rosalia colorada, girafa, -calentura rosa, fiebre epidémica anormal, fiebre de los tres días, dandy-fever, etc. El nombre de Dengue dado por los españoles en las colonias de América, probablemente al comienzo del siglo XIX corresponde a la palabra inglesa Dandy (en español Denguero).

La naturaleza del virus del dengue es todavía dudosa. Graig ha demostrado que se trata de un virus filtrante. Igual que la fiebre amarilla y el paludismo es también inoculado por los mosquitos. Al principio se creía que el agente de transmisión era el *Culex fatigans*; sin embargo, de las últimas investigaciones se deduce que este agente es la *Stegomyia fasciata*. El hecho fue puesto fuera de duda en las Filipinas por los autores americanos, demostrando también que el mosquito no puede infectarse más que durante los tres primeros días de la enfermedad.

tuno podría evitar muchos desastres. Las parasitosis intestinales hacen estragos que podrían también evitarse muy fácilmente.

Ahora bien, ¿cómo aliviar tantos sufrimientos?

Lo ideal sería que existieran médicos rurales; pero eso desde luego es imposible, y en consecuencia, debe buscarse otra solución.

Cuando estuve en Olancho oí decir, que existía el propósito gubernamental de nombrar médicos visitadores para que llevarán la misión de aliviar a los desamparados de la ciencia. No sé de cierto lo que haya al respecto; pero creo que esa sería la solución más acertada. Al mismo médico militar de cada Departamento, poniéndole un sobresueldo, se le podría encargar que, aunque fuera una vez al mes visitara los principales poblados para dar consejos oportunos y aliviar los casos más necesitados. Los beneficios y los consuelos que con ello se obtendrían serían innúmeros.

Abogamos ardientemente por que tan hermoso propósito se lleve a cabo.

En el mes de diciembre recién pasado tuve ocasión de observar varios casos de Dengue en uno de los barrios de esta Capital en el término de quince días. Como se trataba de una enfermedad nueva entre nosotros, pues no he tenido conocimiento que alguien se haya referido a ella en esta ciudad y quizás en la República, pensé en el primer caso que se presentó que se trataba de una de las formas tan variadas del paludismo o bien de un ataque gripal por tener estas enfermedades síntomas similares al Dengue como son la fiebre y los dolores articulares, pero me llamó bastante la atención la fiebre que era continua sin el período de frío característico de la malaria, sin el catarro y la tos, síntomas que son casi constantes en la forma torácica de la gripe y sobre todo el rasen que se presentó cuatro días después de haber comenzado la enfermedad declinando la fiebre y los dolores generalizados.

Por creerlo de un interés general, describiré todas las observaciones que tuve ocasión de hacer y siendo como es una entidad morbosa de un pronóstico benigno todos los enfermos curaron con una terapéutica sintomática, sin ninguna complicación y con una mortalidad nula.

Es de notarse también que los casos observados se presentaron en el mismo Barrio y dos en cada casa, es decir, en forma epidémica.

La observación.—F. V., hondureño, de 23 años, es atacado violentamente por dolores localizados en la espalda, los miembros superiores e inferiores y sobre todo un fuerte dolor en la cabeza y los globos oculares. Al examen se encuentra que el enfermo tiene 39 grade; de fiebre, pulso 120 regular, lleno, no hay dicrotismo, con la cara congestionada, las articulaciones bastante dolorosos a la presión, aumentando también con los movimientos voluntarios.

Antecedentes personales y hereditarios: sin importancia.

Aparato digestivo: normal.

Aparato circulatorio: normal.

Aparato respiratorio: normal.

No hice ningún examen complementario del Laboratorio y le receté unas cápsulas con valerianato de quinina y salipirina, creyendo que me encontraba frente de un enfermo de gripe. Dichos medicamentos modificaron muy poco la fiebre y calmaron en algo los dolores. Al cuarto día se presentó una erupción roseolada en el pecho, espalda, cara y principalmente en los brazos, haciéndose sobresaliente en los codos y dorso de las manos. A dicha erupción no le di ninguna importancia y más bien creí que era una urticaria de origen medicamentosa. Al sexto día desapareció la erupción lo mismo que la fiebre y los dolores y el enfermo entró en el período de convalecencia.

Observación 2ª—C. de V., 24 años, hondureña, vive en casa del señor del caso anterior, es atacada diez días después de haberse

levantado su marido, de fuertes dolores articulares que le imposibilitan el movimiento.

Examen: Temperatura 39 V₂; pulso, 124, cara congestionada, lo mismo que la conjuntiva ocular.

Aparato digestivo: normal.

Aparato circulatorio: normal.

Aparato respiratorio: normal

A los tres días de tener la fiebre le aparece una erupción constituida por manchas lenticulares rosáceas que se borran a la presión del dedo.

No mandé hacer exámenes complementarios de Laboratorio.

Instituí como tratamiento, lo mismo que en el caso anterior, cápsulas de quinina con salipirina, sin hacer aún un diagnóstica preciso.

La enferma se levantó seis días después del comienzo de su enfermedad completamente bien, sin ninguna secuela de la enfermedad que había padecido.

Observación 3Q—C. de M., de origen palestino, de 28 años, me llama para que la asista de una fiebre, que hace tres días no le sale y al mismo tiempo con gran dolor de cabeza, en los ojos y las extremidades.

Examen: Cara congestionada lo mismo que la conjuntiva ocular, temperatura: 38; pulso, 100.

Tomando en cuenta los casos anteriores, presentándose con pocos días de diferencia y en el mismo Barrio me interesó más este caso por iniciarse con los mismos síntomas.

Mandé hacer *los* exámenes del Laboratorio, así:

Examen por Hematozoario de Laverán: negativo.

Recuento total de glóbulos blancos: 5.700 ligera leucopenia).

Fórmula leucocitaria: normal.

Al quinto día se presentó la erupción roseolada sobre todo en los antebrazos, fue entonces que empecé a sospechar que se trataba del Dengue por ser en las tres observaciones los síntomas casi idénticos.

Tratamiento: reposo, dieta **lácteo**-vegetariana. Medicamento: antipirina.

■La enferma mejoró tres días después de aparecerle su erupción.

Observación 4—E. de D., de 26 años, hondureño, se queja de dolores de cabeza, en las articulaciones y sobre todo en los ojos, con fuerte calentura.

Examen: Aparato Digestivo: normal.

Aparato circulatorio: normal.

Aparato respiratorio: normal.

Cara congestionada y conjuntiva ocular. Temperatura, 39 grados. Pulso, 110 pulsaciones por minuto. *Exámenes complementarios:*

Examen de sangre por malaria: negativo.

Recuento globular blanco: 6.000.00.

Fórmula leucocitaria: aumentados los mononucleares.

Diagnóstico: Dengue.

Tratamiento.—Reposo. Antipirina. Dieta lácteo-vegetariana.

A los cuatro días de tener la fiebre apareció la erupción característica y a los seis días curó.

Observación 5—R. C., de 48 años, hondureña, es atacada de un fuerte dolor localizado en las extremidades y la cabeza y de calentura.

Examen: Temperatura: 38 V₂. Pulso: 100 lleno y regular.

Aparato digestivo: normal.

Aparato circulatorio: normal.

Aparato respiratorio: normal.

Exámenes complementarios:

Examen por malaria: negativo.

Recuento globular blanco: ligera leucopenia.

Fórmula leucocitaria: normal.

Al tercer día apareció el rash terminal, desapareciendo la fiebre al 49 día y descamándose la erupción al 60.

Diagnóstico: Dengue.

Tratamiento: reposo, analgésicos. Dieta lácteo-vegetariana.

Observación 6—C. M., hondureña, padece de calenturas desde hace tres días con dolores articulares que le impiden la deambulación.

Examen: Temperatura: 39. Pulso: 110, regular y lleno.

Aparato digestivo: normal.

Aparato circulatorio: normal.
Aparato respiratorio: normal.

Exámenes de Laboratorio:

Por malaria negativo.

Recuento globular blanco: 6.200.

Fórmula leucocitaria: normal.

Erupción al 50 día.

Diagnóstico: Dengue.

Tratamiento: el mismo que los anteriores.-

*Observación 7^—*M. A., de 20 años, hondureño. Padece hace tres días, de calentura con dolores generalizados sobre todo en la cabeza y globos oculares y nos refiere que al tercer día de tener la calentura le aparecieron unas manchas en el cuerpo que son las que presenta y que son del mismo aspecto que los casos anteriores.

Examen: Aparato Digestivo: normal. .

Aparato respiratorio: normal.

Aparato circulatorio: normal.

Exámenes de Laboratorio:

Por malaria: negativo.

Recuento globular blanco: 7.000.

Fórmula leucocitaria: normal.

Diagnóstico: Dengue.

Tratamiento: el mismo que los anteriores.

*Observación 9<**—R. K, hondureña, de 15 años. Calentura. Dolores articulares.

Examen: Aparatos digestivo, circulatorio y respiratorio: normales.

Exámenes complementarios:

Por malaria: Negativo.

Recuento globular blanco: ligera leucopenia.

Fórmula leucocitaria: normal.

Erupción al 5^o día.

Diagnóstico: Dengue.

Tratamiento: lo mismo que los anteriores.

Al 3^o día, descamación.

m

El diagnóstico diferencial se hace con varias enfermedades, entre ellas tenemos la fiebre amarilla, donde la ictericia, los vómitos, los vómitos negros, la albuminuria pronunciada, síntomas todos de esta última enfermedad y que no se encuentran jamás en el Dengue. De otra parte, la erupción constante en el Dengue no reviste los mismos caracteres cuando existe en la Fiebre amarilla. Lo mismo pasa con la fiebre recurrente, donde los períodos de fiebre son más largos y sobre todo el examen de sangre dilucidará el diagnóstico al encontrar la spiroqueta de Obermeir.

Con el paludismo y la influenza. Son las enfermedades que más confusión pueden ocasionar para el diagnóstico; pero la curva de la temperatura, la ausencia del frío intenso, del período de sudor y de la presencia del Hematozooario en la sangre en el primero; y la naturaleza de los dolores más musculares que articulares, ausencia de la erupción propiamente dicha, predominancia de los síntomas torácicos o abdominales, en la segunda nos permiten hacer el diagnóstico diferencial.

Con las demás fiebres eruptivas: La ausencia del catarro oculonaso-faríngeo del sarampeón, del enantema buco-faríngeo e infarto ganglionar de la rubéola y de la angina patonogmónica de la escarlantina permiten hacer el diagnóstico fácilmente.

Con la fiebre Papatasi. Enfermedad también a virus filtrable, transmitida por el Flebotomus Papatassi. Los síntomas son idénticos y se diferencian por la falta de erupción en esta enfermedad.

En las observaciones que he publicado se podrá notar que el curso de la enfermedad no es clásico como lo hemos leído en los libros de Patología Tropical, ya que falta el período de remisión de la fiebre, siendo hasta el final de este segundo período que se presenta la erupción; pero habiéndose presentado en forma epidémica, cor. todos los demás síntomas, incluyendo la erupción característica y además encontrándose en la localidad los agentes trasmisores: *Culex fatigans* o *Stegomia fasciata*, tengo la firme convicción que se trata de la fiebre denominada Dengue.

Manuel CACERES VIJIL.

Casos de paludismo Nervioso y Parasitismo Intestinal

Por el DR. MARTIN A. BULNES B.,

Durante mi permanencia en la Dirección del Hospital Santa Teresa de la ciudad de Comayagua tuve la oportunidad de observar algunos casos de paludismo nervioso y parasitismo intestinal, cuyas observaciones son las siguientes:

M. D., da 20 años, soltero, agricultor y vecino de la ciudad da Comayagua, es llevado al Hospital en estado comatoso.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD.—La, madre de nuestro enfermo nos relata la enfermedad de su hijo en la forma siguiente: Hace dos meses empegó a padecer de calenturas, precedidas de escalofrío; cefalea y mal estar general; estas calenturas salían el mismo día y algunas veces eran tan fuertes que le obligaban a tomar cama por algunos días; pero mejoraba con purgantes y píldoras americanas y en los intervalos de mejoría se dedicaba a sus quehaceres de agricultura. El día de ayer se dio un prolongado baño, en agua fría; das horas después de este baño tuvo fiebre alta precedida-de escalofrío; cefalea y dolor en los huesos, amaneciendo en este estado, es decir, en estado comatoso.

ESTADO ACTUAL.—Enfermo en coma; pupilas dilatadas, tegumentos, de color amarillo terrosos; mucosas pálidas. Bazo hipertrofiado; hígado, normal, emperatura de 40.9 y pulso de 125 pulsaciones por minuto.

SISTEMA NERVIOSO.—**Reflectividad;** reflejos, tendinosos, cutáneos y mucosos, abolidos. No hay clonus del pie, ni de la rótula. No hay signo de Babinsky ni signo de Kerning.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

SANGRE.—Se encontró Plasmodium Falciparum.

ORINA.—No se encontró albúmina, ni azúcar ni pigmentos biliares, pero sí ácidos biliares.

DIAGNOSTICO.—Coma palúdico.

TRATAMIENTO.—Aprovechando el obsequio de atebina y píamoquina que la Bayer hizo al Hospital, en esos días, me permití poner en práctica el tratamiento siguiente: 0.20 centigramos de atebina diluidos en cinco centímetros cúbicos de agua destilada, vía endovenosa. Debo manifestar que los efectos fueron sorprendentes; a la primera inyección la temperatura¹ descendió a 38; a la segunda inyección la temperatura descendió a 37 grados, y el cuadro alarmante del paciente cambió por completo. Continuando los días siguientes el tratamiento por la mixtura de quina; las elevaciones térmicas no se repitieron y el enfermo restauró su salud.

DELIRIOS PALÚDICOS

Relataré el caso siguiente: Un Inspector capturó a un individuo en unos montes de Jamalteca, pueblo situado entre la Libertad y el Espino, en el Departamento de Comayagua, este individuo sufría de un delirio de persecución y su desesperación era tan horrible que sólo en el bosque creía poder vivir; la autoridad en referencia lo capturó y lo mandó por orden del Gobernador Político al Hospital. Se le tomo temperatura, el termómetro marcó 40.8 y pulso de 130 pulsaciones por minute; cianótico y con eritemas en ambos pómulos; bazo palpable, sobresalía del reborde costal izquierdo algunos centímetros, motivo por el que determiné inyectarle la misma fórmula usada en el caso anterior, además de bolsa de hielo en la cabeza; a la primera inyección, &u agitación fue disminuyendo; la temperatura descendió al día siguiente, a 38 grados; repetí la inyección en la misma dosis; la temperatura descendió a 37.5; los días siguientes prescribí mixtura de quina, lo cual produjo diarrea y expulsión de algunos ascárides, motivo por el que prescribí un vermífugo. Con este tratamiento arrojó el primer día CIEN ASCÁRIDES; el segundo día arrojó CUARENTA Y CINCO ASCÁRIDES; quedó apirético y curó,

ACCESOS TETANIFORMES

Estas formas de paludismo tetaniformes simulan a veces la sintomatología del tétanos por la contractura de los músculos y el trismus del maxilar inferior. Siempre he observado en estas formas de paludismo la asociación de parasitismo intestinal; y cuando tengo la oportunidad de asistir a un enfermito con este síndrome, hago la reflexión siguiente; *SERA LA ALTA TEMPERATURA OCASIONADA POR EL PALUDISMO LA CAUSA PRODUCTORA DE ESTAS CONVULSIONES TETANIFORMES O SERA LA IRRITACIÓN PARASITARIA EN LAS TERMINACIONES NERVIOSAS DEL INTESTINO O LA ACCIÓN DE LAS TOXINAS EN LOS CENTROS NERVIOSOS?* El tratamiento que he adoptado para estos casos y siempre he obtenido buenos resultados, ha sido el siguiente: quinina inyectada según la edad; quenopodio y santonina con esencia de eucalipto y cloroformo en aceite de ricino o laxol; las virtudes de esta fórmula están en la solubilidad del quenopodio y santonina en el vehículo de aceite, no quedan en suspensión; los parásitos intestinales constituidos en su mayor parte por mucosa absorben con avidés esta solución y por consiguiente son muertos en su totalidad; además de esto, ordeno baños tibios; todos los casos que he tratado en esta forma han curado. Con los casos apuntados queda demostrada la variedad de casos atípicos con que se presenta la afección palúdica en nuestro medio.

El vocablo "calentura" debe aceptarse como sinónimo de fiebre.

Transformación de la personalidad con Inversión Sexual Psíquica Postoperatoria?

Por el Dr. JUAN A. MEJIA,

Se trata de Alfonso L... , quien responde al nombre de Luna María Israel, tiene 37 años de edad, es soltero, originario y residente en Goascorán, vecino de Punta de Rieles, jurisdicción de Progreso (Yoro), quien se encuentra en el Asilo de Alienados a donde fue enviado por la Policía el 16 de diciembre de 1941.

Historia.—No traen datos acerca del enfermo. Al interrogarle [contesta indignado que se encuentra recluido porque la "Justicia ha cometido la injusticia de apresarle por querer usar los vestidos de su sexo femenino"; continúa diciendo que él es objeto de un misterio que la ciencia no entiende porque no es científico sino que es teosófico, obra de dios, quien le hizo abandonar su antigua "caja", que se llamaba Alfonso L... , envoltura pecaminosa de barro humano, y le transformó en persona de sexo femenino, persona que en ese sexo tiene doce años. El paciente se ha excitado en el curso del relato, tiemblan sus manos y sus labios, habla bruscamente, sus frases tropiezan y con un "Vosotros no entendéis," da media vuelta y se retira del médico pretendiendo dar a su marcha un andar femenino.

Nos hemos encontrado con un sujeto cuyo aspecto parece en correspondencia con su edad (36-37?), de mediana estatura, ligeramente adiposo, pálido, usa pantalón y camisa y lleva cubierta con un pañuelo la cabeza y gran parte de la cara, dejando al descubierto una parte de la frente, ojos, nariz y boca. Gusta permanecer en un rincón de la sala en la que se encuentra en compañía de otros enfermos; no se trata con nadie, pero obedece, bien que disgustado al médico que según su expresión "le hiere en curiosidad." El examen somático muestra como anomalías: la ausencia par-ti del pene que se encuentra cortado por debajo del pubis, existiendo allí un meato; debajo faltan los testículos y el escroto y se ve una cicatriz media, al lado de la que abultan remedando una bulva dos prominencias alargadas de delante atrás, color más oscuro que la piel adyacente, reliquias del escroto- recortado. El tacto no encuentra testículos, pero permite apreciar claramente la porción adherente del pene; la próstata existe, normal. Por lo desomáticamente el sujeto es normal, así la forma del cuerpo como los cabellos, la barba, el bigote, la forma de la implantación pilosa pubiana, etc.

Exámenes de laboratorio hechos en sangre y orina: normales. ;i negativo.

TRANSFUSION EN EL DIPLOE OSEO

El Dr. L. M. Tocantins de la División de Hematología de Jefferson Medical College And Hospital de Filadelfia ha creado un equipo de Agujas sistema trocar para hacer transfusiones de sangre y de cualquier líquido medicamentoso aprovechando el tejido esponjoso de los huesos. Estas agujas de longitud variable 1.5, 2.5, 4 cm. provistas de una aguja interior y de un mandril de diámetro del pequeño trocar de Potain viene con un adaptador para las agujas por un lado y por el otro con un dispositivo para introducirla en un tubo de hule adaptado al recipiente que contiene el líquido a inyectar.

Se aconseja el procedimiento en los casos de venas invisibles o muy traumatizadas. De preferencia se escoge la primera pieza esternal y en los niños menores de tres años en la extremidad superior de la tibia.

Está contraindicado en las osteomielitis, septicemia o bacteriemia; igualmente en la Eritroblastosis fetal.

No deben inyectarse líquidos capaces de causar necrosis de los tejidos.

Recientemente tuve oportunidad de ensayar este método en una de mis pacientes del Hospital General; una gran desnutrida que sufría de estenosis pilórica de origen neoplásico. Hice una inyección de un litro de suero fisiológico que entró en 40 minutos sin causar la menor molestia. El frasco de suero se colocó a una altura de 3 pies sobre el nivel del esternón. No hubo reacción térmica ni fenómeno alguno en las horas y días subsiguientes atribuibles a la inyección.

Estoy con el vivo deseo de hacer transfusiones por el sistema de Tocantins por parecerme sencillo, lógico e inofensivo.

Antes de dar a conocer mi experiencia documentada y larga sobre la cuestión me agradaría que otros colegas lo usaran para comparar los resultados y entonces: podernos declarar en pro o en contra de e.

5. PAREDES P.

Pocos días después del examen nos entrega un papel escrito, que lleva por título "Escrito declaratorio," en el que explica que en agosto del año recién pasado fue "capturada" por la policía de Yoro por usar ropas femeninas, que luego fue "pedida" de esta Capital para "presenciar su presencia," que no encontrando ningún delito en ella, la entregaron a la persona que responde por padre suyo, quien vive en Goascorán, que con *él* permaneció tres meses, al cabo

de los cuales no soportando más el disfraz en que -se "la" tenía, vino ante la autoridad a reclamar sus derechos, y que la autoridad la envió a la prisión en que actualmente se encuentra. Insiste luego en el "misterio" que en ella se ha verificado y escribe: "si vosotros publicáis cosa contraria a esta verdad, os digo que saldréis mentirosos ante vuestro público"; y más abajo agrega: "Vosotros decís, que esto distinto en figura que visteis en mi cuerpo es obra de vuestras manos, pero estáis convencidos que no es así," y en otro párrafo escribe: "Soy una mujer entera y perfecta, quiero decir, que a mí no me falta ni un miembro de mi cuerpo; en cuanto a mis ovas o semillas, queréis saber dónde están?— las tengo en su puesto según sexo femenino: en cuanto a mi edad, muy joven en el misterio, es de doce años. Vendrá tiempo en que me bajará mi menstruación o el costumbre de las mujeres, y esto: quién lo impedirá? Porque las obras son naturales y perfectas, porque el mismo que, hizo los cielos y la tierra es la raíz y creación de esta figura corporal que veis. Así, pues, termino este mensaje con estas frases: que será mi delito de prisión o muerte si fuere menester, el proclamar mis -derechos con verdad firme. Mis palabras son fieles y verdaderas. Su afectísima.—*María Ysrael.*"

Posteriormente ha referido que Alfonso L..., tuvo una vida sexual anormal, porque ya estaba predestinado a la transformación; su libido era deprimida y se manifestaba únicamente durante el sueño, por erecciones y a veces, poluciones; nunca tuvo contactos sexuales ni con mujeres ni con hombres.

Hasta aquí los datos obtenibles. Nos encontramos, pues, ante un sujeto que probablemente fue operado sin tener en cuenta la falta de establecimiento completo de su personalidad y en el que se provocó a causa de la supresión de la secreción interna testicular una inversión sexual con una completa Transformación de su personalidad que le ha convertido en un alienado quizás incurable.

Conclusión: Recordemos, frente a este caso de alienación mental provocada por la drasticidad de un cirujano, que siempre debemos ser cautos en nuestras indicaciones operatorias, tratando siempre de hacer Cirugía Conservadora, sobre todo cuando se trate de órganos incretorios cuya supresión puede llegar a ocasionar trastornos tales como los provocados en el presente caso.

Tegucigalpa, D. C, marzo 7 de 1942.

NOTA:—El enfermo fue presentado en la sesión celebrada por la Asociación Médica en Marzo de 1942.

El Heroico Sacrificio de Daniel Alcides Carrión, Estudiante de medicina

Historia de este portentoso experimento, escrita de puño y letra de Carrión, mientras tuvo fuerzas o dictaba a sus compañeros hasta que se apagó su voz:

"Agosto 27 de 1885.—A las 10 a. m. obtuve con gran dificultad que el doctor Evaristo M. Chávez ante el doctor Villar, el interno Julián Arce y el externo Sebastián Rodríguez me practicara cuatro inoculaciones, dos en cada brazo, cerca del sitio en que se hace la vacunación, con sangre inmediatamente extraída por desgarradura de un tumor verrucoso de color rojo situado en la región superficial derecha de la enferma Carmen Paredes de 14 años, cama NQ 5, sala Nuestra Señora de las Mercedes, servicio del Profesor Villar, Hospital dos de Mayo de Lima. La molestia local consecutiva a la inoculación desaparece a las dos horas siguientes," Hasta 16 de septiembre, todo normal.

"Septiembre 17.—Ligero malestar y dolor en la articulación tibio tarsiana izquierda. QUEDA FIJADO EL PERIODO DE INCUBACIÓN: 21 días.

"Septiembre 19.—El malestar se acentúa. Calofríos. Fiebre elevada 39.8° C. Dolores generalizados. Gran postración. Tinte icterico. Escasas PETEQUIAS en la cara, alas de la nariz y frente. Calambres. Sudores. Insomnio.

"Septiembre 20-25.—Todos los síntomas se agravan y la adinamia se acentúa,

"Septiembre 26.—Noveno día de enfermedad. Sub-febril. A partir de hoy me observarán mis compañeros, pues, por mi parte, confieso que me sería muy difícil hacerlo.

Los compañeros anotan ese día: palidez considerable de piel y mucosa. Sentimiento de debilidad, general. Quebrantamiento. Inapetencia. Facultades intelectuales en perfecto estado. Pulso blando y frecuente (100 p.). Tespiración normal. Soplo suave y ligero en la base del corazón en el primer tiempo.

"Septiembre 27.—10? día de enfermedad. Continúan acentuándose los síntomas de los días anteriores a excepción de los dolores y calambres. Las manchitas de la cara van desapareciendo Piel subictérica y aspecto terroso. Agitación e intranquilidad. La luz y el sonido le molestan. El doctor Ricardo Flórez examina la sangre y encuentra apenas 1.085.000 glóbulos rojos. (Fue el primer recuento globular hecho en el Perú.

"Octubre 1?—Náuseas. Vértigos.

"Octubre 2.—15? día de enfermedad. Rostro desencajado. Ojos hundidos rodeados de un círculo negruzco. Mejillas y sienes deprimida;. Nariz afilada. Pabellones auriculares transparentes. Mirada sombría y velada. Voz apagada. Momentáneamente se reanima y dicta: "Me encuentro firmemente persuadido de que estoy atacado de La fiebre de la Oroya de que murió nuestro amigo Orihuela: HE AQUÍ LA PRUEBA PALPABLE DE QUE LA FIEBRE DE LA OROYA Y LA VERRUGA RECONOCEN EL MISMO ORIGEN, COMO LE OÍ" DECIR AL DOCTOR ALARCO."

"Octubre 3.—El estado del enfermo es desesperado. Alucinaciones táctiles.

"Octubre 4.—16? día de enfermedad. En estado gravísimo se traslada el enfermo a la casa de salud con propósito de practicarle una transfusión de sangre. Al sacarlo de su cuarto de estudiante le dice a Izaguirre un muchacho del primer año de la escuela: "AHORA LES TOCA A USTEDES TERMINAR LA OBRA YA COMENZADA. SIGUIENDO EL CAMINO QUE LES HE TRAZADO." Luego cae en postración con delirio musitante en que se percibe que divaga sobre la Histología de la Verruga.

"Octubre 5.—17? día, Carrión está moribundo. Hipotermia. Coma. A ratos emite leves quejidos y palabras incomprensibles. Hacia la alta noche, con grande esfuerzo mira a sus compañeros que solícitamente circundan *su* lecho, y dice: ENRIQUE, ESTO SE ACABO." La última expiración fue breve y profunda. A las 11 y 50 minutos de la noche Carrión estaba muerto.

El experimento de Carrión marca una etapa en la historia de la medicina americana y es hecho notable en la ciencia universal, porque se ajusta a los más rígidos cánones experimentales y permite sacar conclusiones que cualquiera pueda repetir, a saber:

1?—Se demuestra que la verruga es inoculable al hombre.

2?—Se comprueba que inoculando sangre de un verrucoma reciente, se determina la fiebre anemizante, mortal cuando las condiciones fisiológicas del paciente son precarias.

3?—El período de incubación es de 21 días.

4?—La fiebre inicialmente es muy elevada pero la muerte ocurre en hipotermia. Las algias son síntomas características del mal.

5?—La anemia intensa por la progresiva destrucción de los glóbulos sanguíneos, determina tinte sub-ictérico y dramáticos y angustiosos fenómenos.

6?—Se comprueban petequias indicadoras del esfuerzo del organismo por localizar el virus en el sistema retículo endotelial. que de lograrlo determina la erupción -verrucosa, triunfo de las defensas orgánicas.

7?—Luego la fiebre de la Oroya y la Verruga Peruana reconocen el mismo origen y son apenas dos etapas del mismo proceso.

Y los hombres de ciencia definieron que en adelante el SIRKI QUECHUA, verruga de los conquistadores y fiebre de la Oroya se llamase ENFERMEDAD DE CARRION.

—Extracto tomado del bello discurso del Profesor Luis ¡Patino. CAMARGO. ¡Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional. Volumen X. No. 5?.—Bogotá.—República de Colombia. — Sur América.—

LOS MARCADORES DE COCA

La cocaína es un alcaloide, o sea una de esas **800** sustancias orgánicas cristalinas que se encuentran en diversas plantas y que constituyen violentos venenos para todos los seres vivientes.

La cocaína obra sobre el protoplasma, es decir sobre el propio cuerpo de la célula. Paraliza los microbios e infusorios, así como también las células de los vegetales y de los animales, pero tanto en estos últimos como en el hombre, la cocaína ataca más especialmente a todo el sistema nervioso: el cerebro, la médula, los nervios y sus terminaciones. Disminuye la sensibilidad, con lo que se experimenta una impresión de ligereza en el cuerpo y de **liberación** en el espíritu. Administrada localmente en dosis elevadas, la cocaína permite las operaciones quirúrgicas más grandes y más dolorosas.

Los primeros efectos de la cocaína sobre los centros nerviosos son muy diferentes de los que ejerce la morfina, que es el alcaloide de la adormidera. Esta produce como un adormecimiento y también una sensación de sosiego, mientras que aquella **augmenta** la rapidez de las reacciones mentales. El morfinómano es un ser contemplativo, reconcentrado y, en cambio, el cocainómano es un ser activo que quiere afirmar su personalidad y vencer en el mando exterior. Así, pues, la morfinomanía es un vicio solitario y la cocainomanía un vicio social cuyos adeptos forman grupos animados y toman juntos dicha droga. Desde este punto de **vista se** parecen a los consumidores de bebidas alcohólicas y son los antípodas de los silenciosos y melancólicos fumadores de opio. Los morfinómanos son capaces de toda clase de mentiras y engaños y los cocainómanos cometen actos de violencia.

Con el hábito y tomando dosis cada vez mayores, no tardan en aparecer los funestos efectos de la cocaína; se pierde la voluntad, el carácter se vuelve antojadizo, desaparece el sueño y se tienen alucinaciones; en la piel se siente toda clase de picores y desazones, como si entre ella y la carne hubiese innumerables insectos; el eczema y la furunculosis atormentan al cocainómano *que* acaba por ser presa del delirio, de la demencia y de la consunción. La cocaína produce más rápidamente que ningún otro veneno la degradación **física** mental y moral.

La cocaína se extrae de las hojas de la coca del Perú, arbusto ■ que mide de dos a tres metros de alto, procedente de las regiones andinas de dicho país, de Bolivia y Colombia. Crece entre los 700 y 2.000 metros de altitud. Pero hoy día es la Malasia, a donde fue transplantado, el país que da la mayor parte de la producción. La recolección se hace tres o cuatro veces al año. Las hojas son ovala-

-tías, de tres a cinco centímetros de largo, por dos o tres de ancho. Estas hojas se han encontrado en América del Sur en tumbas que datan incluso del siglo XIII. Entonces como ahora, se recogían con cuidado, pues ha de evitarse el romperlas, y se secaban al sol. En los vasos Quichua (Perú) y Chibcha (Colombia) pueden verse reproducidas con arte las alforjas de cuerto trenzado (chaspá) en ■ que todavía se llevan las hojas, así como una especie de cantimplora o recipiente de cuello largo (poporo) que contiene cenizas de plantas o de huesos, conchas marinas pulverizadas- o cal (Ilipta) : dicho recipiente quedaba cerrado con el pomo de un estilete. Introduciendo éste, el indio sacaba algunas partículas de tal mixtura, con la que hacía una bolita (cocada) juntamente con las hojas que mascaba. Hoy día se ha reemplazado este sistema por una simple varilla o palillo, a menudo hueco.

Esta bolita, compuesta de unos 15 gramos de hojas, se mastica durante una o dos horas, a razón de seis a ocho al día, cuando se trata de emprender una ascensión penosa, una larga marcha o un trabajo extenuante.

La cocaína contenida en esta mezcla adormece la sensibilidad de la piel, de la boca y del aparato digestivo y excita al mismo tiempo los centros nerviosos, lo que procura una sensación de bienestar, de ligereza y de fuerza. No se siente el cansancio, ni el hambre ni la sed. Los opiómanos del Oriente obtienen resultados análogos con la acción de la morfina. Pero esas drogas no procuran en realidad ninguna fuerza y se limitan a hacer desaparecer sensaciones que constituyen señales de advertencia para el organismo. Por consiguiente, se paga su uso con el agotamiento de las reservas vitales y con trastornos graves de la salud.

Los marcadores inveterados (coqueros) adelgazan y sufren lesiones en el hígado. Tienen el aspecto de ancianos y con frecuencia acaban siendo presas de la consunción, de la locura maniaca o de la demencia.

Desde los tiempos de la colonización se vienen haciendo esfuerzos perseverantes para desarraigar ese hábito, pero todavía no ha dado los resultados que merecen.

No hablaremos de las medidas que incumben a las autoridades para luchar contra este mal social.

Pero al lado de la acción oficial es indudable que los métodos modernos de enseñanza popular serían particularmente valiosos y eficaces.

■ Para la Cruz Roja y también para la Cruz Roja de la Juventud, que, como es sabido, se han especializado en difundir enseñanzas útiles y costumbres sanas, se presenta una ocasión de prestar un nuevo servicio a la fallida pública. En una de sus resoluciones, la *IV* Conferencia Panamericana de la Cruz Roja, celebrada en Santiago de Chile, en diciembre de 1940 no ha dejado de llamar la atención de las Sociedades de América Latina sobre dicha cuestión.

La Historia del Tracoma Desde Hace 5.000 Años

El tracoma, que es una inflamación específica, contagiosa y - crónica de la conjuntiva, es decir de la membrana transparente que cubre la parte visible del ojo y el lado interno de los párpados, se halla tan extendido, que V. Morax calcula en cien millones —un .ser humano de cada veinte— el número de los que sufren de esa enfermedad.

Ninguna raza es refractaria a la misma, aunque los negros sean, por lo general, menos sensibles. Ningún clima puede protegernos. Solares ha visto tracomosos en Bolivia a 4.000 metros de altitud. En diversas regiones de Asia y África, de cada diez personas, nueve padecen de tracoma o conservan cicatrices de él.

Este mal que ya era conocido por los egipcios hace 5,000 años se fue extendiendo por la cuenca mediterránea, el Próximo Oriente y las restantes partes de Asia.

Hipócrates, o sea 400 años antes de nuestra Era, lo trataba con acetato de cobre y el raspado. Con excepción de que empleaba también un hierro candente como cauterio, era casi exactamente la terapéutica de hoy día.

El nombre de esta afección se debe a las granulaciones que se observan en el lado interior de 'los párpados cuando éstos se vuelven al revés. Hipócrates las comparaba con los granitos de un higo abierto. Al principio, se parecen a los granos del sagú cocido, o a la hueva de la rana.

Celsio, que vivía en tiempo de Jesucristo, llama a esta afección *aspíritudo*, que quiere decir asperidades. Dioscórides —y tal vez no es el primero— emplea en el año 40 la palabra griega *trachoma*, derivada de *trachos*, rugoso.

Hacia el año 900, Ali-Ibn-el-Aissa, de Bagdad, cuyo tratado sobre las enfermedades oculares fue clásico durante todo el siglo, IX, describe los cuatro períodos, de esta *Uña de los ojos* y diferencia en ella las oftalmías secundarias, que, según dice con gran acierto, es preciso tratar en primer lugar. Los estudios posteriores no han hecho sino confirmar la exactitud de sus observaciones.

Las Cruzadas trajeron a Europa el germen del tracoma, cuya víctima más ilustre fue San Francisco de Asís, quien se contaminó durante su estancia en Egipto y en Palestina (1219-1220), muriendo casi ciego algunos años más tarde, agotado por su obra de apostolado, a la edad de 45 años (1226).

Puede tenerse la certeza de que estas Sociedades no escatimarán ningún esfuerzo para responder a tal llamamiento.

LIGA DE SOCIEDADES DE LA CRUZ ROJA
6, rue de l'ATHENE
GINEBRA.

Los mongoles introdujeron la enfermedad en Rusia y países, vecinos.

La expedición de Bonaparte en Egipto produjo la infección del ejército francés y del inglés, y después, la de toda Europa durante la primera mitad del siglo XIX. Desde hace unos sesenta años, los emigrantes han llevado el tracoma a los Estados Unidos y al Canadá, donde ha hecho numerosas víctimas entre los indios y, posteriormente, a Cuba, Brasil, Uruguay y la Argentina. Un poco más tarde fue contaminada por los inmigrantes de raza amarilla la costa occidental de América.

Como el tracoma procede de países cálidos, se atribuyó este mal al brillo del sol, al polvo y a las moscas. Pero su rápida propagación en Rusia, Polonia y Hungría no concuerda bien con esta explicación.

Hubo médicos militares que sostenían que el cuello de la guerrera y el quepis comprimían los vasos sanguíneos del cuello, con lo que *pe* producían trastornos circulatorios en la cabeza y en los ojos. El uniforme se modificó en varios países y se adoptaron otros cascos y chacos, pero sin el menor resultado.

Cuando Pasteur reveló el papel de los microbios, prevaleció la teoría del contagio por los miasmas. Sattler, en 1881, demostró el carácter infeccioso del tracoma al inocular a un ciego, que se prestó voluntariamente a la experiencia, una granulación de un enfermo; -siete días después el párpado mostraba señales inconfundibles de tracoma.

A partir de entonces, se han encontrado numerosos microbios en los ojos >de los tracomatosos, pero ninguno de estos descubrimientos ha resistido a la crítica.

En 1907, Waczek y Hellerstaedter, en Java, comprobaron en las "granulaciones de un tracomatoso y en las de un mono al que habían comunicado esta infección, unas "inclusiones" celulares características -de los virus, es decir de agentes que pasan a través de filtros bastante espesos para que sus poros intercepten los *más* pequeños microbios. Entre estos virus filtrantes, cuya naturaleza es todavía misteriosa desde muchos puntos de vista, figuran los gérmenes de la influenza, catarro, vacuna, viruela, varicela, sarampión, alfombra, paperas, rabia, tífus exantemático, fiebre amarilla, parálisis infantil, encefalitis letárgica, enfermedad de los loros (psitacosis) fiebre aftosa y el moquillo de los perros.

Por último, en 1910, A. Cuenod y Roger Nataf, en Túnez, adujeron la prueba de que el tracoma se debe a uno de esos virus. Incluso lograron producirlo en un mono al que colocaron sobre la conjuntiva patas de moscas que habían encerrado durante algunas horas en un tubo que contenía un poco de virus tracomatoso. Este germen, que se destruye por desecación en media hora, es poco resistente. En efecto, los casos de contagio entre los médicos y enfermeras han sido originados casi siempre por la proyección directa

de la materia tracomatosa en el ojo durante el tratamiento de un enfermo; los soldados y marinos europeos no contraen esta afección en los lugares donde existe el tracoma más que cuando viven, con una mujer del país.

Para adquirir el tracoma, como para contagiarse de la lepra, es preciso, por lo general, exponerse a dichas enfermedades de manera continua: el caso del niño siempre en contacto con su madre, con sus hermanos, con una niñera, con sus amigos de juego, el del marido con su mujer; es lo que se ha llamado a veces "el regalo de bodas" o el "de la nodriza." Otras veces es necesario que el contagio vaya acompañado de un traumatismo en el ojo, y por eso casi todos los luchadores son tracomatosos. El contagio se produce excepcionalmente por un contacto momentáneo, como en los casos; señalados por J. Sedan, de un ingeniero francés y su mujer que efectuaban un corto viaje por Marruecos, albergándose exclusivamente en hoteles europeos, y de un agente de emigración que manipulaba en Alsacia la documentación de los emigrantes polacos.

Los vehículos de contagio son generalmente los dedos, pañuelos, toallas, las moscas y también, en los países musulmanes, el lápiz de kohl que se usa para ennegrecer los párpados.

Diversos factores favorecen la aparición de la enfermedad. Por una parte, el mal estado general y, sobre todo, la insuficiencia de alimentación en vitaminas, que origina lo que se ha denominado el adenoidismo o el linfatismo, es decir la predisposición a las vegetaciones adenoides, a la inflamación de las amígdalas y de los ganglios linfáticos; por otra parte, el polvo, las tempestades de arena, así como el frotarse y tocarse frecuentemente los párpados. En este aspecto, como en todos los demás de la higiene, la limpieza, una vivienda sana, sin que en ella vivan demasiadas personas, y un régimen alimenticio bien equilibrado, son las mejores garantías para conservar la salud.

LOS CUATRO PERIODOS DEL TRACOMA

El contagio del tracoma se produce casi siempre en los primeros años de la infancia, siendo raro en el periodo escolar. Como ocurre con la tuberculosis, el adulto más bien se vuelve a infectar que se contagia por primera vez, y, por lo general, sólo es un agente de contagio para su mujer e hijos. Los más peligrosos son los tracomatosos latentes, jóvenes o adultos, quienes apenas presentan síntomas aparentes, pero en los que se encuentran granulaciones cuando el oculista examina el interior de los párpados. Entre los escolares, es preciso, a veces, emplear un alumbrado especial y un microscopio adecuado para descubrir las tenues cicatrices de un tracoma curado. Hay ancianos con tracoma desde su infancia que presentan todavía algunas granulaciones, sin que la enfermedad les haya molestado jamás durante toda su vida. En un clima templado, don-

de no hay tempestades de arena, el tracoma puede revestir un carácter benigno si se dispone de agua y jabón, de una vivienda sana, y de buena alimentación. Pero, como veremos después basta con que se produzca en el ojo enfermo una conjuntivitis infecciosa para que el tracoma se convierta en una grave afección.

En su primer período no se observa nada anormal, a no ser frecuente abrir y cerrar de ojos.

En el segundo, las granulaciones que cubren el lado interno del párpado superior, y pronto del inferior también, producen al enfermo la sensación de granos de arena. El párpado superior se hace más grueso, quedando el ojo a medio cerrar y produciendo constante lagrimeo. Sin embargo, después de la primera infancia, la enfermedad tiende espontáneamente hacia su curación progresiva, a menos que una insuficiencia en la alimentación u otra causa cualquiera, debilite el estado general o bien que las irritaciones del párpado agraven la dolencia. En tales casos, la córnea, o sea esa especie de ventanilla redonda que se abre en el ojo, se cubre en parte, o en su totalidad, de un velo que la hace opaca, limitando o suprimiendo la visión; se puede aún salvar la córnea mediante un tratamiento adecuado. Además el borde del párpado se vuelve hacia dentro y las pestañas se pegan al ojo, y ésto únicamente puede evitarse por medio de una operación. Son complicaciones poco frecuentes cuando el enfermo tiene menos de 15 años, pero se observan más a partir de los veinte.

Pero la complicación más grave consiste en que además del tracoma aparezca una conjuntivitis primaveral u otoñal, o bien una conjuntivitis gonocócica, producida por una blenorragia del mismo paciente o de sus familiares. Como lo ha demostrado V. Morax, esta superposición de una inflamación violenta es la que ha hecho creer en las formas más o menos agudas del tracoma y la que le ha dado el nombre de oftalmía granulosa. La conjuntivitis supura, y el ojo se pierde si no se interviene enérgicamente.

Es preciso, pues, evitar que se produzca una nueva infección en el ojo del tracomatoso por el contacto de sus dedos o los de las otras personas, o con el uso de ropas contaminadas. Sin esas precauciones, el enfermo se vuelve desde luego a inocular constantemente el tracoma en el ojo enfermo y contamina al sano, pues esta afección no concede inmunidad alguna.

Transcurrido el período peligroso subsisten todavía granulaciones, pero la cicatrización se halla muy avanzada en el tercer período. Al finalizar éste, se entra en el cuarto período y entonces el enfermo no ofrece peligro de contagio.

Si se cuida desde el principio el tracoma puede pasar rápidamente del primero al tercer grado.

El tratamiento consiste en volver el párpado y dar unos toques *en su lado interno con una solución antiséptica. Cuando más tarde aparecen las granulaciones, éstas se cepillan, se aplastan, se expri-

men como se hace con una cereza para que salte el hueso, se raspan, y, en fin, se cauterizan con sulfato de cobre, previa insensibilización del párpado. Estos cuidados deben darse diariamente para acelerar la curación e impedir que el enfermo sea contagioso.

Se han experimentado multitud de otros **remedios**, pero ninguno lo ha sido con éxito decisivo. Sin embargo, en 1040, Etienne Burnet, Cuenod y Nataf por una parte, y B. Jasseron y G. Morand por otra parte, consiguieron la mejoría de las tres cuartas partes de sus enfermos administrando por vía bucal ciertos compuestos sulfamínicos, medicamentos que han dado maravillosos resultados en el tratamiento de la blenorragia y de ciertas septicemias. El porvenir nos dirá si hemos encontrado por fin el medio de dominar rápida y seguramente el tracoma.

Al mismo tiempo que se sigue el tratamiento local debe mejorarse el estado general con una alimentación rica en vitaminas, una vida higiénica y, si es posible pasando una temporada de descanso en el campo, la montaña o el mar. Asimismo, han de protegerse los ojos contra el sol, el viento, el polvo y las moscas.

Es esencial la limpieza de las manos, pañuelos y toallas. El enfermo evitará el frotarse los ojos e incluso, el tocar los párpados, salvo al lavarlos con la cara, dos veces al día. Se ha dicho que el tracomatoso debería tener siempre las manos metidas, en los bolsillos.

En todos los países en que es frecuente el tracoma se venden pomadas, lápices y colirios, a los que atribuyen resultados maravillosos. Esos remedios sólo han servido para enriquecer a sus fabricantes y vendedores. Puede afirmarse que son funestos, pues impiden el único tratamiento eficaz, que es el del oculista. En esta enfermedad, igualmente, el charlatanismo ejerce perniciosos efectos ■ que han de denunciarse y que la ley debe castigar con rigor.

LA PROFILAXIS DEL TRACOMA

El tracoma, como todas las enfermedades infecciosas, debe ser combatido con medidas generales y también con otras de carácter especial.

Las primeras consisten en el mejoramiento de la alimentación y de la vivienda, en la ventilación, destrucción de las moscas, limpieza del cuerpo y de la ropa, lucha contra las enfermedades debilitantes, como el paludismo, y contra las afecciones que pueden complicar el tracoma, figurando entre éstas, por ejemplo, la blenorragia. Es, en resumidas cuentas, la observación de la higiene individual, de la higiene pública y de la social. No puede llegarse a prevenir el contagio del tracoma si la población carece de agua pura en abundancia y de jabón barato para el aseo personal y el lavado de la ropa, si está hacinada en tugurios malsanos, mal ali-

mentada, e ignora las precauciones que han de tomarse, y si la asistencia médica no es fácilmente accesible.

Ahora bien, es necesario asimismo realizar esfuerzos especiales, para vencer esta afección, teniendo siempre presente que un enfermo puede estar contaminado sin saberlo y sin que lo denuncie ningún síntoma visible.

La *profilaxis personal* enseña a lavarse los ojos dos o tres veces al día con agua hervida en forma de ligera infusión de té o de mate. Es preciso igualmente:

lavarse con agua y javón todos los días la cara y párpados, cerrando los ojos,

limpiarse con frecuencia las manos y uñas, principalmente después de cualquier contacto sospechoso y después de haber efectuado las funciones naturales,

evitar el frotarse los ojos con los dedos y, si ésto no puede impedirse, hacerlo con el revés de la mano o mejor aún, con un lienzo limpio,

no tocar nunca el ojo sano cuando el otro se halla enfermo,

emplear únicamente pañuelos, toallas y ropa de cama personales; hervirlos después de su uso durante media hora en agua que contenga un dos por ciento de carbonato de sosa (cristales de sosa),

ventilar las habitaciones y las ropas de cama durante varias horas, por la mañana, y la ropa y vestidos personales durante la noche,

preservarse de las moscas y, a ese efecto, cubrir con un velo de gasa la cabeza de los niños pequeños durante su sueño,

consultar al oculista en cuanto se sienta la menor molestia o dolor en el ojo, o cuando éste lagrimea, o se enrojecen los párpados, se inflaman o tienen tendencia a pegarse, o cuando se observa la formación de una secreción en el lagrimal.

La enfermera visitadora constituye la base central de la *profilaxis* familiar. Antes de que nazca el niño, la enfermera enseñará a la madre las precauciones que acabamos de enumerar. Velará por que cada niño posea su cuna, y que no le besen nunca en los ojos o le toquen los párpados y pestañas a no ser para lavarlos. Enseñará cómo ha de hervirse la ropa, cómo se ventilan las habitaciones y cómo se destruyen las moscas. La enfermera observará si existen señales de tracoma en los padres, niños y servicio doméstico, y, en caso afirmativo, los conducirá a un dispensario. Si fuese imprescindible, procederá a distribuir pañuelos, toallas y gafas ahumadas.

La *'profilaxis escolar* exige que cada escuela esté provista de agua corriente para que los alumnos puedan lavarse la cara y manos, pero se prohibirá rigurosamente el empleo de toallas comunes. El médico y la enfermera —que habrán recibido una formación teórica y práctica— explicarán a los niños el peligro que presenta el tracoma y los medios de preservarse del mismo. Al principio de

cada año, se examinarán los ojos de cada alumno. En las regiones ■ en que esté extendida la enfermedad, los dispensarios escolares organizarán los reconocimientos sistemáticos para el descubrimiento y tratamiento de casos, pidiendo confiarse al maestro, los cuidados que se den diariamente, ya que el material de que ha de disponer es sencillo y las curas fáciles de aprender. Si es poco elevado el número de alumnos enfermos, se les reunirá en clases especiales; o aún mejor, se crearán colonias donde se restablecerá, su salud y de este modo, podrá evitarse que continúen contagiando y, al mismo tiempo, se permitirá una curación más rápida gracias a la continuidad de los cuidados.

La vigilancia habrá de ser particularmente intensa en las guarderías de niños, pensionados y colegios de huérfanos, donde el contagio es mucho más de temer que en la escuela; eventualmente, se ■ crearán secciones especiales para los tracomatosos.

La *profilaxis militar* requiere, no ya que se excluyan del servicio a los tracomatosos, sino que se les incorpore en batallones, especiales, y de este modo el tratamiento no tardará en surtir sus efectos.

La *profilaxis social* consiste ante todo en la enseñanza por la palabra, carteles., artículos, periódicos, prospectos, proyecciones luminosas, cinematógrafo, gramófono, radiofonía, exposiciones y museos. En los medios musulmanes, hay poemas, canciones y piezas teatrales consagradas al tracoma. En Cerdeña, el clero ha patrocinado activamente la lucha contra esta enfermedad.

Se organizarán cursos para el cuerpo docente, enfermeras, comadronas y también para los médicos, pues el examen de enfermos para descubrir el tracoma debe figurar en la práctica de la medicina general.

Según un plan cuidadosamente establecido, se multiplicarán y coordinarán los hospitales, los servicios y los dispensarios oftalmológicos con objeto de que la asistencia y el tratamiento estén al alcance de todos. Una vez llevada a cabo esta obra se impondrá la declaración obligatoria del tracoma.

En los hospitales, asilos para alienados y prisiones se organizarán los reconocimientos para descubrir el tracoma y se establecerán, si hay lugar, secciones especiales.

Lo mismo que en la escuela, se efectuará el examen periódico de los ojos en talleres, fábricas, oficinas y entre el personal de ferrocarriles, tranvías y barcos, en las asociaciones deportivas y en las agrupaciones de la juventud. A este respecto, pueden prestar grandes servicios las mutualidades y las instituciones de seguros sociales.

La *profilaxis internacional* consiste en el control que debe ejercerse antes de la partida de los emigrantes, por las compañías de navegación y los organismos que se ocupan de los mismos, y en la frontera después, por el servicio de higiene del Gobierno.

Lo más importante es que los esfuerzos sean debidamente coordinados y que vayan animados de un constante estímulo. Se requiere, desde luego, estrecha colaboración entre los servicios de higiene, la inspección del trabajo, la inspección médica escolar, el cuerpo médico y el docente, las obras de protección a la infancia, la Cruz Roja y los hospitales, dispensarios y clínicas.

Las instituciones para el descubrimiento de casos y el tratamiento revestirán un carácter permanente; su personal de médicos y enfermeras tendrán carácter fijo, estando convenientemente remunerado. Como es sabido, el contagio se produce con más frecuencia en las familias y entre los niños pequeños. Pero *si* es bien difícil llegar a todos los hogares se puede conseguir este fin por medio del alumno, ya que la obligatoriedad escolar permite vigilar a toda la juventud, así como tratar la enfermedad en un período en que su curación es relativamente fácil, es decir cuando todavía no ha originado complicaciones; al mismo tiempo se evita que los niños sean contagiosos y, por último, se les enseña las precauciones que han de tomar y cuya práctica difunden en *sus* familias. Da esta manera se ilustra la opinión pública acerca de las reglas y ventajas de la profilaxia y del tratamiento. Tales directivas, confirmadas por la experiencia universal y sostenidas por todas las instituciones y personalidades competentes han sido puestas en práctica por la Cruz Roja argentina, y son las que, por iniciativa de ésta, recomienda la IV Conferencia Panamericana de la Cruz Roja celebrada en Santiago de Chile en diciembre de 1940, vajo los auspicios de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja, a todas las **Sociedades** que quieran participar en la lucha contra un mal tan temible como el que constituye el tracoma.

LA CRUZADA CONTRA EL TRACOMA

En los Estados del oeste y del norte de Europa, el tracoma, eficazmente combatido en el ejército por los médicos militares y en la escuela por la inspección médica, estaba en vías de desaparición a fines del siglo XIX. En Amsterdam se creó en 1880 un servicio oftalmológico escolar.

Entre los países de fuerte infección, fue Hungría el que inició la lucha sistemática. Merced a una enérgica campaña del profesor Feuer, se votó en 1886 una ley creando, a cargo del Estado, diversas instituciones para descubrir los casos de enfermedades de los ojos y para tratarlas, así como también cursos para preparar a los médicos en la tarea que les incumbía en ese terreno. En 1903, el profesor E. von Grosz sucedió a Feuer en la dirección de esa campaña y consiguió del Conde Stephen Tissa, Presidente del Consejo de Ministros, una disposición ordenando la declaración oficial del tracoma y el examen periódico de los ojos en las escuelas, colegios internos y de huérfanos, talleres, fábricas y entre el servicio domes-

tico, los inmigrantes y los húngaros de regreso del extranjero. Los reclutas ya estaban sometidos a esa medida. Estaba prevista también la creación de escuelas especiales cuando la proporción de alumnos tracomatosos excediera de 10 p. 100 y la creación de dispensarios y hospitales oftalmológicos. Esta política se prosigue hoy día aún.

Prusia siguió el ejemplo de Hungría a partir de 1896, y Rusia algunos años más tarde. En lo que toca a Egipto, un financiero y generoso filántropo, Sir Ernest Cassel, constituyó en 1903 un fondo de 40.000 libras egipcias para organizar en el valle del Nilo dos hospitales oftalmológicos móviles de 500 camas cada uno. El Dr. A. F. Mac Callan, primer médico del Royal Ophthalmological Hospital de Londres, se distinguió en esa cruzada que dirigió 'durante 20 años y a la que se asoció el Gobierno egipcio creando unos treinta hospitales fijos, quince ambulantes y alrededor de cuarenta dispensarios escolares.

La primera escuela italiana para tracomatosos se abrió en Florencia en el año 1907.

En 1910, el Dr. Enrique B. Demaria, profesor de clínica oftalmológica, en la Facultad de Medicina de Buenos Aires, comisionado por el Departamento Nacional de Higiene para efectuar una encuesta acerca del tracoma, redactó una magistral memoria de 188 páginas describiendo la distribución de la enfermedad en las diversas provincias de la Argentina, y exponiendo un plan completo de lucha en el que figuraban principalmente las medidas que habían de adoptarse en favor de los escolares. En 1924, presentó un nuevo trabajo admirablemente documentado al II^o Congreso de Ciencias Médicas, celebrado en Sevilla. En el mismo año, el Dr. Gregorio Araos Alfaro, Jefe del Departamento Nacional de Salud Pública de la República Argentina, creó una sección de profilaxis del tracoma, cuyo jefe, el Dr. Antonio Barbieri, emprendió una nueva encuesta que abarcaba todo el país.

En 1926, la Sociedad Médica de Córdoba (Argentina) procedió a la difusión de un cuestionario sobre esta materia. La Liga argentina contra el tracoma fundó en 1928, por iniciativa de la Cruz Roja argentina el Dispensario oftalmológico Enrique B. Demaría en Santiago del Estero. Su director, el Dr. Rodolfo Olle emprendió seguidamente una activa campaña en las familias y las escuelas creando dispensarios escolares, formando enfermeras visitadoras: especializadas y obteniendo la colaboración de los médicos y del cuerpo docente. El éxito de esta obra indujo al Departamento Nacional de Higiene a nacionalizar en 1940 dicho dispensario, con el asentimiento de la Cruz Roja y de la Liga contra el tracoma, representadas por el Dr. Anterior Alvarez, quien había sometido un plan de lucha contra el tracoma basado sobre la acción escolar a la Primera Conferencia Nacional de Asistencia Social (B. Aires, 1928). Este programa fue aprobado por la Conferencia Panamericana de directo-

res de los servicios de Salud Pública (Washington, 1936). De conformidad con estos fines, la Cruz Roja argentina introdujo en su enseñanza, la teoría y la práctica del examen de los ojos, los cuidados y los vendajes oculares. Ante los brillantes resultados obtenidos, la IV Conferencia Panamericana de la Cruz Roja (Santiago de Chile, 1940) votó una resolución recomendando se llevara a la práctica en todos los Estados americanos el plan preconizado por la Cruz Roja argentina.

Tampoco permanecieron inactivas en estos años otras Sociedades de la Cruz Roja. En 1925, creó la Cruz Roja helénica el dispensario oftalmológico de Laurion; desde 1929, la Cruz Roja polaca ha luchado contra el tracoma por medio de columnas móviles, dispensarios y los servicios oftalmológicos de sus centros de salud pública; la Cruz Roja francesa ha inaugurado en África diversos dispensarios.

Por otra parte coordinaron sus esfuerzos las Sociedades de oftalmología de los diferentes países y las ligas contra el tracoma, creadas principalmente en el Japón, en 1915, en Francia, en 1923, en la República Argentina hacia la misma época, y en el Estado de San Pablo (Brasil) en 1930. La Organización internacional contra el tracoma fue fundada en Ginebra en 1930, bajo la presidencia «del Dr. de Grosz, teniendo por colaborador inmediato al Dr. Wibaut, de Amsterdam, secretario general. La *Revista del Tracoma*, editada en París desde 1942, se denominó a partir de 1926, *Revista Internacional del Tracoma*.

En 1934, el profesor de Lapersonne, de-París, presidente de la asociación internacional de profilaxis de la ceguera, organizó una reunión común, presidida por el profesor de Grosz, perteneciente a esta asociación y a la Organización internacional.

La intervención de los gobiernos no ha cesado de extenderse en esta lucha universal. Ya en 1897, los Estados Unidos procedían a examinar los inmigrantes, obligando a las compañías de navegación a repatriar a los tracomatosis. Esta precaución, es ahora general. En un número de países cada vez mayor es obligatoria la declaración del tracoma. Finlandia, Italia, Grecia y Francia en su imperio, han establecido una organización eficaz. Polonia la completó con el hospital de Witkowice, la U.R.S.S con el Instituto del tracoma de Kazan, Eslovaquia con el "censo de los tracomatosis." En Rumania, España, Palestina, México, Brasil, se han continuado realizando idénticos esfuerzos. El efectuado en el Uruguay ha sido descrito por el profesor Vásquez Barriere, en el año 1930, al celebrarse el Congreso, del Centenario, en Montevideo. En el Japón, donde es obligatorio el tratamiento desde el decreto imperial de 1919, un millar de dispensarios realizan 10 millones de exámenes todos los años y cuidan a 500.000 tracomatosis. En los Estados Unidos se ha creado un servicio especial para los indios.

El nuevo Tratamiento de las Quemaduras y Heridas por la Sulfanilamida-Oxido de Zinc

Por el Dr. POMPEYO GALLARDO

El problema de las quemaduras reviste en la actualidad trascendental importancia, no solamente en los niños, que son los que con más frecuencia las padecen, por actos imprudentes en la intimidad del hogar, ayudando en los quehaceres domésticos, estando cerca a sustancias inflamables, próximas al fuego, o hace la casualidad víctimas de quemaduras, a los niños en cuyo pequeño cuerpo, revestido por delicada piel, el fuerte calor hace su estrago en proporción a su intensidad y a la extensión de la superficie que la soporta.

En nuestro medio, el número de quemaduras en los niños, ha aumentado tan considerablemente, en estos últimos tiempos, que ha sido objeto de un interesante trabajo de uno de nuestros colegas, el doctor Bedoya Huerta, quien plantea como un problema médico social, que hay que resolver y prevenir para la seguridad de la población infantil.

En los adultos son menos frecuentes las quemaduras, por las mismas causas, no obstante, se presentan muchos casos en trabajadores de fábrica donde se emplean sustancias cáusticas en las fundiciones, en las minas y en los obreros de las industrias modernas que manejan explosivos o sustancias inflamables, en los electricistas, etc.

En la guerra actual, que especiamos a distancia, con horror, donde se han perfeccionado los instrumentos más mortíferos y de destrucción, donde las bombas incendiarias, los lanzallamas, el incendio de pueblos y ciudades deben dejar en estos momentos, un sinnúmero de hombres, mujeres y niños, víctimas del fuego, el problema de las quemaduras debe revestir proporciones catastróficas. El objeto de este modesto trabajo no es el estudio del tratamiento de los grandes quemados vistos después del accidente, tan magistralmente descrito por Dupuytren y otros autores: modernos, donde los fenómenos de shock y los síntomas generales son tan gra-

De esta manera se extiende y adquiere mayor fuerza la lucha contra una de las plagas milenarias de la humanidad, lucha en la que la Cruz Roja argentina ha desempeñado el glorioso papel de precursora.

*LIGA DE SOCIEDADES DE LA CRUZ ROJA.
6, rué de l'Athénée.
GINEBRA.*

ves, o las quemaduras tan extensas y profundas que pueden ocasionar una muerte inmediata o a las 24 horas después. Ni tampoco ocuparme del tratamiento general que debe darse al quemado especialmente para combatir la deshidratación y el dolor.

El fin que persigo, es dar a conocer unos experimentos que realicé en silencio, hace ya cerca de cuatro años y que en la actualidad han tenido plena confirmación: el tratamiento local de las quemaduras de primero, segundo y tercer grados según la clasificación de Boyer y de las heridas por la sulfanilamida al 5 % en una pasta de óxido de zinc.

Voy a hacer primero un estudio comparativo de este nuevo método, con el de Davidson o del tanino que es el que goza de más prestigio y es universalmente conocido.

EL MÉTODO DE DAVIDSON.—

En 1926, Davidson en EE. UU. ideó el tratamiento de las quemaduras, por una solución de tanino, tratamiento éste que fue actualizado en 1933, por los trabajos realizados en la Clínica Mayo, por Osterberg de la sección Bioquímica, Bannink de la sección médica y Cromley de la sección Ortopédica.

Posteriormente Dionisio Curuthet, médico de la Asistencia Pública de Buenos Aires y el Dr. Ivan Goñi Moreno, jefe del Servicio de Cirugía del Hospital de Niños de La Plata, se ocuparon extensamente en 1935, ponderando este método y en muchos otros países lo han elogiado, como Mourge-Molinés y Sanpeult en Francia y aun entre nosotros el Dr. Jiménez Camacho, ha publicado recientemente un interesante trabajo propugnando el empleo del curtido tánico, como el tratamiento más eficaz de las quemaduras (1).

Podemos, pues, asegurar que el tratamiento de las quemaduras por el tanino, es el más aceptado por el mundo médico y aun en la actual guerra europea se está empleando, como lo demuestra un trabajo publicado hace poco por H. Flerkes (2).

El método de Davidson, como se sabe, consiste en una solución acuosa de tanino al 5 % antiséptica y alcalina, debida al sublimado mercurico y bicarbonato sódico, que se aplica en las quemaduras, después *Ce* abrir las flictenas y de hacer el lavado en las quemaduras con suero fisiológico tibio; para obtener el curtido de la piel, mediante la precipitación de las albúminas en descomposición de las superficies quemadas por el tanino, formándose un tanato *ÚB* albúmina; se pretende en esta forma proteger la quemadura con una cubierta apergaminada, evitándole la contaminación bacteriana y por ende la supuración, favoreciendo en esta forma la ploriferación del tejido conjuntivo y epidermis a fin de obtener una cicatriz lo más perfecta posible, en cuanto, se desprende el cuero tannado.

Desgraciadamente este ideal de cicatrización, no se obtiene generalmente en la práctica, porque casi siempre los enfermos tratados vienen ya a los Hospitales, y puestos de Asistencia Pública y aun vemos en la clientela particular, a los quemados, después de varias horas de haber sufrido el accidente, cuando los familiares han hecho uso de sustancias aceitosas o grasas, y aun colorantes, para cubrir la superficie quemada, pretendiendo mitigar en esta forma el dolor. Por esta razón, las quemaduras que vemos están ya infectadas y muchas en plena supuración, en estas condiciones, el pretender curar una quemadura, por el método de Davidson, parece que es un error, pues no obstante poseer la solución tánica un antiséptico, éste no es suficiente para, dominar la infección y se protege con una cubierta apergaminada la supuración.

Para la curación de toda herida o quemadura infectada, tiene que desaparecer primero la infección que pueda producirse una pronta cicatrización; es por esto que muchas veces hay necesidad de reseca parte del curtido tánico para drenar la supuración y si esto no se realiza se produce una absorción por debajo de este curtido en la superficie quemada de toxinas bacterianas, cuyo efecto produce en el organismo, síntomas febriles y la supuración puede ir profundizándose y ganando más extensión, retrasando por este motivo la cicatrización, comprometiendo el estado general del enfermo.

Otro inconveniente del método de Davidson, es el hecho de que al producirse el curtido de la piel obliga al enfermo a una rigidez molesta, especialmente de las extremidades donde se produce frecuentemente anillos de contracción, dejando después, algunas veces, bridas cicatriciales antiestéticas o cicatrices muy rugosas.

EL NUEVO MÉTODO.—

A principios de 1938, trabajando en el Dispensario de Lactantes del Callao, después de haber admirado los eficaces efectos del Prontosil, en el tratamiento de las erisipelas, pielitis y anginas supuradas del lactante, enfermedades las dos primeras que tenían un índice de mortalidad elevada y que eran tan rebeldes para su curación; comprendí que los médicos poseíamos un arma poderosa para luchar contra el estreptococo y otros gérmenes de la supuración; leí con gran interés toda la escasa literatura que pude conseguir entonces, sobre la Sulfanilamida.

Voy a permitirme transcribir algunos párrafos de la primera literatura que llegó sobre el Prontosil, que seguramente conocen todos ustedes.

"Quimioterapia: Empezaremos por señalar una diferencia fundamental del efecto quimioterápico de los preparados del prontosil en comparación con los medios empleados hasta ahora, a base de la acción desinfectante en el tratamiento de las enfermedades bac-

terianas; al paso que estos desenvuelven en la probeta una acción inhibitoria del desarrollo y exterminadora de las bacterias, los preparados del Prontosil manifiestan aquí un efecto nulo o casi nulo; pero desenvuelven su acción antibacteriana "in vivo" en el organismo infectado."

En otro párrafo al tratar del mecanismo de acción dice el profesor Domak descubridor del Prontosil: "Para el desenvolvimiento del efecto pleno del Prontosil, es necesaria la existencia de jugos o células del cuerpo"; esto fue lo que me indujo a principiar a experimentar la acción local "in situ" del Prontosil albin, pulverizándolo y asociándolo con pomadas y pastas inertes, en numerosos casos de impétigo, eczemas infectadas y piodermitis donde existen jugos-y células del cuerpo" y donde su acción podía desenvolverse "in vivo," estas enfermedades abundaban grandemente en los niños que concurrían al Dispensario, hasta que comprobé que la asociación del Prontosil albin pulverizado con una pasta de óxido de zinc, producían eficaces y rápidos resultados en el tratamiento de aquellas dermatosis.

Fueron tantos los éxitos que obtuve con esta pasta antiptiógena que después la hice extensiva al tratamiento de las quemaduras y heridas infectadas, que a mediados del año 1938 di la fórmula, a los Laboratorios de la Antigua Botica Francesa y poco tiempo después salió al mercado de productos farmacéuticos con el nombre de *Sulfanil*.

La pasta de Sulfanilamida-óxido de zinc se aplica sobre la quemadura después de abrir las flictenas si las hay, y lavar las superficies quemadas con suero fisiológico tibio; extendida directamente si la exudación no es abundante y si lo fuese, sobre la gasa que servirá de aposito, constituye un barniz protector, sobre la quemadura ejerciendo la sulfanilamida, su potencia bactericida diferencial como veremos más adelante un suave efecto astringente, una inmediata acción analgésica y descongestiva y un poder absorbente & aislador, propiedades estas, conferidas por el óxido de zinc.

Todas las propiedades de esta pasta antiptiógena, aventajan al método anterior, además el aposito, puede cambiarse diariamente sin que éste se adhiera a la quemadura, pues lo impide un fino polvo fácilmente deslizable que cubre la herida; si no hay exudación, por haber ejercido la pasta una verdadera acción secante, y si el exudado aun persiste, deja ver la superficie quemada completamente limpio de supuración. Por esta facilidad se puede observar en cualquier momento la marcha del proceso de cicatrización.

Todo esto muy distinto de lo que ocurre con la cubierta táctica, del método de Davidson, donde no se puede apreciar el curso que sigue la curación de la quemadura sino cuando se desprende la cubierta táctica.

Las principales ventajas que ofrece este tratamiento, sobre el método de Davidson, son las siguientes: Primero: evitar la infección de la quemadura, empleando la pasta de sulfanilamida —óxido, de zinc— lo antes posible después del accidente. Segundo: si la infección y supuración de la quemadura, ya se ha producido, desaparecen éstas en los primeros días del tratamiento y la mayor parte de veces antes de las 48 horas. Tercero: Por esta circunstancia,, acorta mucho el tiempo de curación, y Cuarto: Deja una cicatriz, muy poco perceptible; ésta tiene una importancia capital, pues si las cicatrices están localizadas en partes descubiertas del cuerpo,, especialmente en la cara, son capaces de producir en el individuo un complejo de inferioridad y afea la cara para el resto de la vida.

*MECANISMO DE ACCIÓN DE LA PASTA DE SULFANILAMIDA-
OXIDO DE ZINC—*

La manera de actuar de esta pasta depende de la potencia bactericida, diferencia que posee la Sulfanilamida "in situ" unida a la acción astringente, secante, aisladora y analgésica del óxido de zinc, propiedades que encuadran admirablemente para cumplir las indicaciones en el tratamiento de las quemaduras siendo además completamente inofensivo su uso prolongado, como se ha podido comprobar en los niños afectados con extensas quemaduras.

Desde la iniciación de la era bacteriológica se ha empleado un sinnúmero de sustancias bactericidas con el fin de esterilizar las heridas infectadas, habiéndose después abandonado su uso de la mayor parte de ellas, pues éstas hacían más daño a los tejidos, que' a los microbios, habiéndose ahora reducido su uso solamente a aquellas más inofensivas para los tejidos, pero que sin embargo no son suficientes para cohibir prontamente la infección.

Numerosa literatura médica llegada recientemente de EE. UU. y Europa, nos trae trabajos y experimentos sobre la acción local de la sulfanilamida que es el tema de palpitante actualidad y aun de juicios contradictorios para explicar el mecanismo íntimo de su acción sobre los tejidos.

Voy a permitirme transcribir algunos de los párrafos más interesantes de los trabajos publicados en las revistas, médicas llegadas recientemente.

(3) "Potencia Bactericida Diferencial. He aquí por primera vez' un grupo de sustancias químicas, que poseen una potencia bactericida diferencial, realmente definida, con las cuales es posible saturar suficientemente todo el organismo humano para destruir las bacterias y sin poner en peligro la vida del individuo. Nada demuestra esta acción diferencial como los experimentos realizados por Osgood, quien pudo hacer "in vitro" cultivos con médula ósea y comprobar por este medio el efecto tóxico de la Sulfanilamida sobre las células. En un experimento añadió sulfanilamida a un-

cultivo de médula ósea que había sido inoculado con estreptococos virulentos y demostró que sí el inoculum era poco, la adición de sulfanilamida en cantidades adecuadas, no dañaba las células de la médula y sin embargo destruía las bacterias en el cultivo. Sin la adición del sulfanilamida, los estreptococos rápidamente atacaban las células de la médula y en, 24 horas las reducían a una masa informe en la cual se multiplicaban las bacterias. Reflexionando parece extraño que un experimento como éste, fuese casi exclusivamente aplicado, a los problemas de la sulfanilamida en el campo quimioterapéutico, y que la idea de utilizar la nueva droga como antiséptico en las heridas fuese puesta en práctica con tanta lentitud. Tal vez la demora se debió al énfasis que al principio se dio a la aseveración de que la sulfanilamida y sus derivados no eran verdaderamente antisépticos en el sentido aceptado de la palabra. Estas substancias en realidad son ligeramente bacteriostáticas, en la concentración que se consideró como segura para introducirla en el organismo. Lo que pasó por alto por algún tiempo fue el hecho conocido de que en concentraciones más altas hasta de 0.8 gm. por 100 cc. la sulfanilamida tenía un efecto bactericida real y que en estas concentraciones fuertes era eficaz contra una variedad de organismos, en los cuales la droga no ejercía ningún efecto, cuando se administraba en la forma quimioterapéutica acostumbrada. Baja toxicidad y potencia bactericida diferencial."

"Desde el punto de vista teórico hay razón por la cual, la sulfanilamida y posiblemente algunos de sus derivados produzcan en las heridas un efecto superior al de cualquier antiséptico conocido. Esa razón es su toxicidad, sumamente baja para los tejidos y más importante su potencia bactericida diferencial."

"Antes de 1939, poco se hizo con el uso local de la sulfanilamida. Se recibieron algunos informes de Europa sobre el uso del prontosil en forma de ungüento y varias casas ofrecieron gárgaras de sulfanilamida, etc. En 1939, se comunicó en varios informes que los experimentos quirúrgicos sugeridos por las propiedades de la sulfanilamida estaban por fin realizándose."

Como ustedes ven en Europa y EE. XJU. en 1939 estaban realizando experimentos mientras aquí en el Perú había ya comprobado los efectos beneficiosos, de la acción local de la sulfanilamida en quemaduras y heridas y muchos médicos estaban ya aplicándola en la curación de *sus* enfermos, con el uso de la pasta antiptiógena de SULFANIL.

LA IMPLANTACIÓN LOCAL DEL SULFANILAMIDA EN LAS FRACTURAS EXPUESTAS (4) .—

"Los cristales de sulfanilamida colocados en una herida se disuelven muy lentamente en los jugos orgánicos y después de un periodo de muchas horas. Durante este tiempo el suero, la sangre extrabada y los tejidos de la herida se suturan con sulfanilamida a una concentración aproximada de 0.8 %, la solubilidad de estos cristales está en parte acondicionada por la temperatura del cuerpo.

TRATAMIENTO PROFILÁCTICO DE LAS HERIDAS INFECTADAS (5).—

"Es ampliamente conocida la conveniencia de emplear la sulfanilamida en las heridas, más bien como profiláctico que como terapéutico, la dosificación se rige por las características de la "herida."

Otros autores proponen, en fracturas expuestas, el empleo local de 5 a 15 gramos de sulfanilamida en las heridas, aun no purulentas, observando que así curaban rápidamente, mientras que hasta entonces había que contar con una incidencia de infección de un 27 %.

TRATAMIENTO DE LAS HERIDAS DE GUERRA (6) .—

De la experimentación clínica efectuada por los autores, se desprende que el empleo local de los derivados de la sulfanilamida, es positivamente beneficioso en las heridas incidentales o de guerra. Aunque los resultados de 21 casos no fueron uniformes en su empleo."

Es posible que la sulfanilamida se combine de alguna manera, con los restos de amino-ácidos y productos de degradación proteica haciéndolos adaptables para la utilización microbiana, las bacterias mueren por inacción.

"La aplicación local de la sulfanilamida en la curación de tejidos infectados. La idea principal de Roseburg y Wall sobre la terapéutica con sulfanilamida es que su acción depende de su concentración efectiva y su derivación directa en el foco infeccioso.

El fundamento es que la aplicación "in situ" de sulfanilamida debe practicarse con la más alta concentración.

"No se puede comprender cómo este interesante aspecto terapéutico con sulfanilamida ha sido relegado. Si la sulfanilamida inmodificada es el agente terapéutico, su uso local es lógico y racional, y si lo que actúa son sus productos de oxidación, tampoco hay razón para no utilizarla aplicándola directamente en una cavidad en granulación o en la superficie del peritoneo infectado."

EL USO DE LA SULFANILAMIDA EN EL TRATAMIENTO DE LAS HERIDAS (7).—

"Los autores han empleado desde hace un año irrigaciones de soluciones de sulfanilamida en suero fisiológico en el tratamiento, de las heridas perineales consecutivas a la recepción del recto por carcinoma. Esta misma solución ha sido usada en el tratamiento de otras heridas infectadas o potencialmente infectadas.

Los autores creen que los compuestos sulfanilamidicos no tienen poder bactericida "per se" sino que sus efectos tóxicos y antisépticos se deben a los productos de oxidación, que se forman en una atmósfera de oxígeno, bajo la influencia catalítica de la respiración de los tejidos. Teniendo en cuenta esto, se hace uso de la solución de agua oxigenada antes de aplicar la solución de sulfanilamida."

Deseo ahora hacer resaltar que mis experimentos realizados! a principios de 1936 tienen prioridad sobre todo en el tratamiento de las quemaduras asociando la sulfanilamida con una pasta de óxido de zinc, pues en toda la literatura revisada hasta este momento en ningún país ha sido realizada, creo yo, tener derecho a esta primacía.

Además puedo afirmar que la acción bactericida local de la sulfanilamida en polvo está favorecida por la presencia del óxido de zinc, que puede ayudar a los procesos de oxidación que se realizan en presencia del plasma sanguíneo extravasado y de los tejidos en la superficie de las heridas y quemaduras y creo que su acción antiséptica en esta forma, es superior al empleo de soluciones, pues ésta se absorbe rápidamente desapareciendo siempre pronto de la herida infectada; en cambio el polvo disolviéndose lentamente en los exudados su poder bactericida es mucho más prolongado.

CONCLUSIONES.—

Por el gran número de enfermos, con heridas y quemaduras,, tratados con sulfanilamida, con resultados ampliamente satisfactorios, como demostraré a continuación, con las historias clínicas de los principales hospitales de esta capital y datos estadísticos de

uno de los mejores centros de asistencia social, puedo asegurar que es el tratamiento hasta ahora más eficaz para curar aquellas dolencias y que con el tiempo su *uso* puede generalizarse en todas partes, especialmente en los puestos de Asistencia Pública, donde se prestan auxilios médicos de urgencia, a quienes han sido víctimas de aquellos accidentes.

TRATAMIENTO DE LAS HERIDAS,—

Pudiendo considerarse las quemaduras como grandes heridas, y si en ellas da buenos resultados, la aplicación local de la pasta, de sulfanilamida-óxido de zinc; en las heridas, el tratamiento por esta pasta se simplifica grandemente.

Sin mayores comentarios, pues Las cifras hablan elocuentemente, transcribo la declaración que han tenido la amabilidad de proporcionarme, en la Sección de Trabajo de la Compañía Internacional de Seguros del Perú, atendida por los doctores Juan Machiavello, Arturo Salas y Ricardo Sáenz:

"En el espacio de tiempo de algo más, de dos años, hemos empleado, sistemáticamente en toda clase de heridas una pasta cuyo ingrediente principal es una sulfanilamida (Sulfanil).

Los resultados obtenidos después de una larga experiencia, dado que al Puesto de Primeros Auxilios de la Compañía Internacional de Seguros concurren alrededor de 60 accidentados diariamente, nos mueven francamente a hacer resaltar sus méritos. Las heridas atendidas inmediatamente después de producirse-el accidente sea cual fuera su naturaleza, extensión y profundidad y practicado el cuidado quirúrgico correspondiente, son untados con la pasta aludida y dejadas por espacio de cuatro o cinco días para ser descubiertas y observar su evolución posterior. Es más, en las heridas cortantes saturadas con crin o unidos sus bordes con agrafes empleamos Sulfanil con excelentes resultados *preventivos*. Sin llegar a los linderos de la exageración, guiados únicamente con criterio científico y libres de toda sugestión de propaganda, estamos en condiciones casi excepcionales, de arribar a conclusiones tan favorables que no admiten discusiones. Alrededor de 2190 accidentados, a los cuales se les aplicó el Sulfanil, curaron magníficamente en el espacio medio comprendido de cuatro a siete días sin complicación alguna. El porcentaje de las heridas, cuya infección se ha producido después del uso del Sulfanil, es prácticamente nulo.

Las heridas que se presentan al Puesto ya infectadas y tratadas, con el Sulfanil, mejoran a los dos a tres días de aplicado, el estado inflamatorio disminuye en intensidad y se circunscriben, la cantidad de pus aminora y objetivamente se nota una mejor cicatrización de los tejidos afectados, comenzando rápidamente su epitelización.

Voy a relatar a continuación, algunos resúmenes de historias clínicas de enfermos de quemaduras, tratadas recientemente en los siguientes hospitales; Hospital y Clínica Arzobispo Loayza, Pabellón NV 6, cama No. 60, Servicio de Traumatología del Dr. C. Villarán, enferma Albertina Cortijo, natural de Trujillo, domiciliada en Santa Catalina N° 60, de 25 años de edad, diagnóstico: quemadura de segundo grado del antebrazo, fecha de admisión: 2 de julio de 1941; fecha de salida: 12 de julio de 1941.

El domingo a medio día, sufrió una quemadura de segundo grado en el antebrazo derecho en **circunstancias** que una fuente de sopa de sémola se vertió en dicho antebrazo; atendida en la Asistencia Pública de urgencia, continuó sus curaciones, durante los dos días siguientes en el Hospital Obrero, después de los cuales acude a este servicio, donde es internada. Examen clínico: el antebrazo y mano derecha están tumefactos con aumento de la temperatura local en la cara anterior del antebrazo, se aprecia una extensa quemadura de segundo grado. Por la cara posterior, se aprecia igualmente regiones en las que asientan pequeñas quemaduras de primero y segundo grado. Tratamiento: curaciones locales con sulfanil

En este mismo Servicio:

Margarita Soto, de 37 años de edad, cocinera, natural de Palca, domiciliada en Marañen N° 346, ocupa la cama N° 44. Ingresa a este servicio, después de tres días de enfermedad, el 5 de agosto de 1941 y sale el 14 de agosto de 1941. Diagnóstico: quemadura de abdomen de segundo grado.

Tratamiento: Inyección de aceite alcanforado y espártenla, el día 5 y 6 bebidas. Régimen alimenticio completo: los días 7, 8 y 8 pociones de cloruro de sodio, el 10 inyección de cloruro de calcio. Curación local con ¡Sulfanil.

Hospital del Niño, Departamento de Cirugía General, Médico Jefe del Pabellón N° 4 Dr. G. Morey. Médico Asistente, Dr. C. Procaño. Cama N° 33, enfermo Silas Mendoza, sexo masculino de 2 años y 2 meses de edad, lugar de nacimiento: Lima, domicilio: García Naranjo número 163. Fecha de ingreso 2 de agosto de 1941. Alta: 31 de agosto de 1941. Antecedentes personales: nacido a término, parto **normal**. Alimentación natural durante seis meses, después mixta. Antecedentes patológicos: bronquitis a los 3 meses, erupciones en la cara después de dicha enfermedad.

Por qué se hospitaliza: Refiere la madre, que el 2 de agosto del presente año, su niño sufre un accidente casual; encontraban se jugando sus hijos y uno de ellos sin fijarse, hizo caer un depósito de agua hirviendo sobre el menor. Igualmente fue llevado a la Asistencia Pública, donde le hicieron cura de urgencia, después fue traído a este nosocomio, quedando alojado en el pabellón NP 33.

Examen general, topográfico: Presenta quemaduras, extensas de segundo grado y algunas de primero en la región dorsal, glúteos,

parte de las piernas y el prepucio, cuyas lesiones abarcan una extensión de un 45 % del -cuerpo. Examen de orina, vestigios de albúmina, numerosas células epiteliales.

Tratamiento y evolución: Hasta el día 18, recibió especialmente curación tópica con pomada de Sulfanil. Hace una semana, tos y muget en los labios, curación de la boca con agua bicarbonatada. El 19 de-agosto se pone anasarquica y hay marcado edema del prepucio y que presenta dos pequeñas quemaduras infectadas, orina bastante bien, se le administra poción de teobromina. 20 de agosto: ha disminuido el anasarca. 21: Sigue disminuyendo el edema, se le administra extracto tiroideo. Hasta el 25 de agosto el mismo régimen, los edemas han desaparecido. 25 de agosto: descanso de medicamentos.

Este case, contradice terminantemente el pronóstico que se hace de las quemaduras, si su extensión es mayor del 40 por ciento de la superficie corporal, la muerte es segura y aun el profesor Goñy afirma que en los niños menores de 4 años, la gravedad es tres veces mayor.

En los niños hay que tener la precaución de inmovilizar los brazos a fin de que no puedan rascarse la quemadura, con el fin de evitar reinfecciones que retrasan el tiempo de cicatrización; lo más práctico es colocarles pequeños enyesados al nivel de los codos; procedimiento empleado en el Hospital del Niño.

Para no prolongar demasiado este trabajo, me abstengo de seguir relatando más historias clínicas, me basta solamente afirmar, que el tratamiento al que en la actualidad se da preferencia en el Hospital del Niño en los quemados, se hace con Sulfanil. Actualmente hay varios niños hospitalizados en este nosocomio, que han ingresado hace pocos días, cuyas quemaduras están en franco proceso de cicatrización.

OTRAS INDICACIONES DE LA PASTA DE SULFANILAMIDA- OXIDO DE ZINC—

He obtenido buenos resultados en el tratamiento de impétigos, úlceras rebeldes, dermatomicosis, herpes zona, excemas humados y otras dermatosis exudativas.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.—Dr. José B. Jiménez Camacho.—Las quemaduras y su tratamiento. (Actualidad Médica Peruana) Enero de 1941.
- 2.—H. Flarcken. El tratamiento de las quemaduras en la guerra. (Chirurg 1940. N^o 4).
- 3.—potencia bactericida diferencial. (Abdoterapia, Abril de 1941).
- 4.—N. K. Jensen. Luverne. W. Johnsrud. M. C. Nelson (Minn. Surgery N^o 6). Julio 1939.

Un Caso de Cálculo Saliuar del Canal de wharton Extracción

Por el Dr. ALBERTO FLORES

El Comandante N. N. se presenta a la consulta de otorrino, del Hospital Militar, en la segunda quincena de junio del presente año. para ser examinado de la garganta.

Edad: 57 años, sin mayores antecedentes patológicos, aparte de una fístula anal, que está actualmente en tratamiento: constitución mediana, dice que "desde hace más de una semana siente un malestar a la garganta del lado derecho, sobre todo en el momento de las comidas; y en el intervalo de ellas, si la molestia disminuye, en cambio tiene la sensación de que la boca se le llena de saliva, cosa que es efectiva, pues lo obliga a escupir o pasar la saliva" al examen de la garganta no se nota nada anormal, ni rubicundez, ni granulaciones faríngeas, en suma nada que pueda explicar los trastornos que el enfermo experimenta; intrigados por esto, comenzamos a buscar con un estilete, los diferentes puntos que pudieran dar lugar a trastornos dolorosos sin hallar nada que nos indicara una lesión; pero con el dato de La saliva en abundancia, investigamos el suelo de la boca, pudiendo notar un dolor efectivamente en el lado derecho, y a lo largo del canal de Wharton, del que efectivamente salía saliva en abundancia; para completar nuestro examen ejecutamos el tacto bimanual, colocando un dedo a lo largo del canal y la otra mano en la región submaxilar, notando inmediatamente una tumoración alargada y dolorosa; fue entonces que pensamos en una litiasis salivar de la glándula sub-maxilar, ordenando una radiografía intra-bucal de la región; el resultado fue el buen negativo que acompañó a este trabajo, y en el que se aprecia claramente un cálculo de muy regular tamaño enclavado en el canal de Wharton.

5.—Buttle (Lancet 1940, N° 6089).

6.—W. H. Hurrel y A. E. Broun (Proc. Staff Meet. Mayo Clinic) 15 septiembre 1940.

7.—C. W. Mayo y J. M. Miiler de Rochester (Gaceta Peruana de Cirugía y Medicina) marzo, abril de 1941.

-De la -'Gaceta Peruana de ¡Cirugía y Medicina". — Lima.-

Citando al enfermo para el día siguiente, previa anestesia a la novocaína, fue extraído el cálculo sin mayor dificultad, mediante una pequeña incisión de la mucosa, colocando después dos puntos de catgut crómico, los que fueron expulsados espontáneamente a los 8 días, estando actualmente el paciente en muy buenas condiciones.

SUGERENCIAS DE ESTE CASO,—

En primer lugar sabemos que los cálculos del canal de Wharton son los más frecuentes en la litiasis salivares, viniendo por orden de frecuencia el de la Parótida y en último lugar el de la sub-lingal.

En cuanto a la etiología de los cálculos salivares son muchas las teorías que se han dado sin que ninguna de ellas parezca la verdadera, considerando algunos autores que el mal estado de la dentadura contribuya a la formación de ellos, tal vez si las infecciones repetidas de los canales salivares por los gérmenes de la boca, concluyan por atacar el epitelio de dichos canales excretores y aun la glándula misma, dando lugar a la precipitación de las sales que contiene la saliva.

La sintomatología de los cálculos es muy variada, pero se da como constante las crisis dolorosas, verdaderos cólicos salivares, lo que coincide al mismo tiempo con la hinchazón de la glándula, sobre todo en el momento de las comidas, debido al aumento de saliva que no puede ser vertida en la boca, por la obstrucción que el cálculo produce.

En nuestro caso nada de esto ha sucedido, a pesar del volumen del cálculo que mide poco más de dos centímetros de longitud; tal vez se deba a que a pesar de su tamaño el cálculo no obstruía totalmente el canal; tampoco se ha observado aumento de volumen de la glándula.

El tratamiento cuando es pequeño puede hacerse médicamente dilatando el canal mediante sondajes repetidos o bien como se aconseja algunas veces, haciendo la inyección y dilación del canal a través de una sonda delgada, inyectando una solución de cloruro de sodio; en nuestro caso nada de esto era posible, debido al volumen del cálculo; empleamos el tratamiento quirúrgico y pudimos hacer la extracción del cálculo en su totalidad; la fístula que algunos autores dicen que puede quedar no tiene mayor importancia.

—De la "Gaceta Peruana de Cirugía y Medicina". >— Lima-

Algunas Consideraciones sobre la Cesárea

Por el Dr. M. GUTIÉRREZ.

A pesar que en nuestro medio, teniendo en cuenta la pelvis mexicana, no tenemos gran número de distocias debidas a estrechez del conducto pélvico que nos obliguen necesariamente a la resolución del problema mediante la Cesárea, existen otras distocias que son: ESTENOSIS CICATRICALES DEL CUELLO O FIBROSIS DEL MISMO, que debemos resolver con la Cesárea Vaginal, operación que es menos aparatosa que las otras Cesáreas pero que a pesar de eso no está exenta de peligros, tales como la prolongación de las incisiones del cuello por el segmento inferior de por si extremadamente delgado y las hemorragias que a veces son abundantes mientras no se efectúa la sutura, la que en ocasiones es difícil por tratarse de campo limitado y generalmente con abundante sangre que estorba este tiempo aunque en algunos casos no ofrece dificultad alguna.

INSERCIÓN BAJA DE PLACENTA, especialmente central, que aunque existe un tratamiento que consiste en dilatación artificial y a través de la placenta tomar un pie del producto para hacer tracción de él al mismo tiempo que se sigue con el muslo y las nalgas y haciendo la dilatación del cuello se hace comprensión de la placenta evitando así siga la hemorragia o disminuyéndola, sólo puede hacerse cuando ya se está en trabajo de parto y en especial si se trata de múltipara, pero tiene el inconveniente de que no se cuenta con la vida del producto, siendo ésta la ventaja de la operación Cesárea ya sea segmentaria, clásica o extraperitoneal.

DESPROPORCIÓN FETO-PELVICA ya sea debida al exceso de tamaño del feto o alguna de sus partes como hidrocefalia si bien en en estos casos a veces es más prudente hacer una basiotripsia, lo cual depende del criterio particular del partero; lo mismo pueda decirse de las monstruosidades como feto de dos cabezas, dos fetos unidos, etc.

DEFORMIDADES DE LA PELVIS ASIMÉTRICA INFUNDIBULIFORME, etc., que constituyen una de las principales indicaciones de la Cesárea.

Entre las Cesáreas abdominales existen varias clases teniendo cada una sus indicaciones particulares así como sus ventajas e inconvenientes, unos inherentes a la variedad de operación y otros al operador, así que a nuestro juicio, después de conocerlas y aplicarlas durante algún tiempo, daremos nuestra opinión.

La extraperitoneal, desde el punto de vista teórico es la ideal, pero por ser a veces muy difícil de hacer es por lo que está reducida en su empleo. La corporal tiene la ventaja de la fácil ejecución pero el inconveniente de la gran herida y la muy discutida ya de la sutura en plena región contráctil que hace se afloje y que los

líquidos retenidos dentro de la matriz, asépticos el día de la operación, después tengan gérmenes que pasen a la cavidad peritoneal y causen peritonitis. La segmentaria tiene la ventaja que la herida es chica y se efectúa en la región menos contráctil por lo que hay menos riesgo de que las suturas se aflojen pero tiene el inconveniente de que a veces la extracción del feto es dificultada necesi-tándose en algunas ocasiones de los fórceps para sacarlo da la herida uterina; también otro inconveniente consiste en que siendo en esa región mayores los tubos venosos dan abundante sangre.

El método que a nuestro juicio nos parece el mejor y el que de preferencia usamos, es el siguiente: hacemos la incisión de la pared abdominal (laparotomía media infraumbilical) lo más bajo posible, cerca del pubis, hasta el peritoneo; entonces hacemos una incisión longitudinal, de igual extensión que la de la pared, en el peritoneo de la cara anterior del útero, siempre lo más baja posible, teniendo lo cual hacemos despegamiento de dicho peritoneo de uno y otro lado, lo que resulta muy fácil y en 3 o 4 centímetros de cada lado con objeto de después, bien con sutura o pinzas especiales, unir peritoneo parietal y visceral de un lado y otro para hacer que la parte de útero desperitonizada en donde se tuvo que hacer la histerectomía esté prácticamente independiente de la gran cavidad peritoneal. Entonces inyectamos 0.5 c. c. de pituitrina en el útero y efectuamos la incisión y extracción del feto y placenta con membranas y antes de proceder a la sutura de la pared uterina canalizamos la matriz, para lo que usamos un tubo de goma rígido que parte sale a la vagina y parte queda en la matriz y que se deja hasta el siguiente día en que se saca. (Esto lo hacemos porque hemos visto que cuando no se hace así los loquios son escasos y las enfermas tienen temperatura bastante alta).

La sutura la hacemos *ex>*. varias capas, puntos aislados musculares, después surjete muscular también y reforzamos con puntos en X musculares, todos con catgut crómico número 3 o 4, después limpiamos el campo y quitamos los puntos que unen peritoneo parietal y visceral o las pinzas haciendo entonces la sutura del peritoneo uterino que tratamos de hacer adosando no bordes sino superficies con dos suturas con catgut crómico No. 1 o 2 y así nos queda el peritoneo de un lado de la incisión superpuesto sobre el otro lado de la incisión uterina, después se hace la sutura del peritoneo parietal y la de la pared abdominal terminando con eso la operación.

Este método es el que siendo de muy fácil ejecución nos ha dado a nosotros muy buenos, resultados.

—Del Boletín del Sanatorio "Dr. Rafael Lavista."—
Veracruz, México.—

LO QUE nO HA1] QUE OLUIDAR

Por el Dr. V. F. M.

■Couvellaire. Presentación de enfermos en la Clinique Baude-locque, 29 de Noviembre de 1926. Mujer con cáncer del recto y portadora de un ano ilíaco. Tuvo una gestación normal y el parto fue espontáneo.

Mujer -con inserción viciosa de la placenta, —y después de discutir y hacer múltiples consideraciones, se concluye como una sentencia : que cuando se siente la cabeza fetal a través de los fondos de saco no se trata de una placenta previa.

Comentarios sobre un caso de heredo-sífilis: los medicamentos pasan difícilmente a través de la placenta, muchas autopsias han demostrado menor cantidad de arsenobenzoles en el feto que en la placenta. Lo que quiere decir que los medicamentos anti-luó-ticos son retenidos en la placenta, y ahí es donde destruyen al treponema y no en el feto.

Marcel Labbé.—Conferencia en la Facultad de Medicina de París el 29 de Noviembre de 1926.

Tuberculosis.—La vacuna de Calmette, produce una inmunidad verdadera en los recién nacidos; pienso que la inmunidad no es para siempre.

Hay algunos casos en los que la tuberculosis puede ser hereditaria, y esto puede observarse en el animal reactivo (el cobayo) cuando se le inyecta un filtrado de bacilos tuberculosos, SIN BACILOS, entonces se produce en él, lesiones tuberculosas encontrándose en ellas el bacilo de Koch; de ahí que se piense que existen otras formas del bacilo que después cambian en su forma primitiva; pudiera ser que de esta manera atravesase el filtro placentario y llegue hasta el feto.

—*Del Boletín del Sanatorio "Dr. Rafael Lavista."*—
Veracruz, México.—

MIEMBROS DE LA ASOCIACIÓN MEDICA HONDURENA

Socios Honorarios

Dr. Vicente Mejía Colindres Dr. José María Ochoa Velásquez	San José, Cosa Rica Comayagua
---	----------------------------------

Socios activos en Tegucigalpa

Dr. Salvador Paredes Dr. Ramón Valladares Dr. Antonio Vidal Dr. Héctor. Valenzuela Dr. Trinidad E. Mendoza Dr. Manuel Larios C. Dr. Manuel Castillo Barahona Dr. José Manuel Dávila Dr. Abelardo Pineda U-Dr. Marcial Cáceres Vijil Dr. Isidoro Mejía h.	Dr. Humberto Díaz Dr. Juan A, Mejía Dr. Manuel Cáceres Vijil Dr. Henry D. Guilbert Dr. José R. Durón Dr. José María Sandoval h. Dr. Martín A. Bulnes Dr. J. Gómez Márquez Dr. Carlos M. Gálvez. Dr. Blas Cantizano M,
---	--

Socios fuera de Tegucigalpa

Dr. Rafael Martínez V, Dr. Juan V. Moneada Dr. Guillermo Pineda Dr. L. R. Fletcher Dr. Emilio Gómez Roveló Dr. Roberto Gómez Roveló Dr. Roberto Lázarus Dr. Gabriel Izaguirre Dr. Salomón Pareares R. Dr. Luis Munguía Dr. Gabriel Aguilar Dr. Eugenio Matute Dr. José Mendoza Dr. Plutarco E. Castellanas	La Lima La Ceiba Trinidad, Santa Bárbara Quiriguá, Guatemala La Ceiba Danlí Limón, Costa Rica San Juancito La Lima Costa Rica Progreso San Pedro Sula La Ceiba Comayagua
---	---

Socios Fallecidos

Dr. Rubén Andino Aguilar	Tegucigalpa
Dr. Alfredo Sagastume	Tegucigalpa
Dr. Francisco A. Matute	La Ceiba
Dr. Lorenzo Cervantes	La Paz
Dr. Marco Antonio Rodríguez	Santa Rosa de Copan
Dr. Domingo Rosa	Ocotepeque
Dr. Virgilio Rodezno	Ocotepeque
Dr. Juan Jesús Casco	Tela
Dr. Cornelio Moncada	San Pedro
Dr. Francisco Sánchez U.	Tegucigalpa
Dr. Miguel Paz Barahona	San Pedro Sula
Dr. Manuel L. Aguilar	Choluteca
Dr. Marco Delio Morales	Tegucigalpa
Dr. Pastor Gómez h.	Tegucigalpa

SUMARIO

Páginas

Notas editoriales.—In Puero Homo.....	149
Por el Dr. Carlos M. Gálvez	
Metro-Anexitis Sifilítica.....	150
Por el Dr. S. Paredes P.	
Fiebres menstruales en la Tuberculosis Pulmonar	152
Por el Dr. Martín A. Bulnes B	
Comentarios	155
Tratamiento quirúrgico de las úlceras gastro-duodenales ..	153
Por el Dr. Carlos Mores	
Tratamiento de las úlceras gástricas y duodenales	165
Por el Dr*. Max Arias Schreiber	
Analogía y diferencias gastrológicas entre el esprú tropical y la anemia perniciosa	186
Por A. Rodríguez Olleros, M. D.	
Obsequio.....	192