REVISTA MEDICA HONDUREÑA

ÓRGANO DE LA ASOCIACIÓN MEDICA HONDUREÑA

DIRECTOR:
Dr. S. Paredes P.

REDACTORES:
Dr. Manuel Cáceres Vijil
Dr. Antonio Vidal
Dr. Guillermo E. Durón

SECRETARIO DE REDACCIÓN:
Dr. Julio Azpuru España

ADMINISTRADOR:
Dr. Emilio Gómez Rovelo

Año IV | Tegucigalpa, Honduras, C. A., Diciembre de 1933 I Nº 38

PAGINA DE LA DIRECCION

El Boletín de la Cruz Roja Salvadoreña del mes de agosto de este año, pregunta a los médicos de su país y en general del Istmo, si cabe la posibilidad de socializar el ejercicio de la medicina en estas tierras. Ese editorial viene a despertar el deseo que tengo desde hace Mucho tiempo de externar mi opinión al respecto.

Siempre he creído que el ejercicio de la medicina debe ser un apostolado en el que sólo la conciencia sustentada por las dos poderosas pilastras: La ciencia y el amor al; prójimo intervinieran. Labor educacional, de selección, desde antes de comenzar los estudios médicos, sería la base para organizar el servicio médico.

Un escalafón más riguroso que el militar con un número de plazas determinado, con oficiales distribuidos por toda la República, con ascensos periódicos que mejoran las condiciones de vida de sus componentes. Concursos de oposición para ,el ingreso a la carrera como debieran serlo para el magisterio y la magistratura ya que serían ad-perpetuam sus obligaciones y prerrogativas.

El servicio médico sería en puntos fijos: Hospitales, consultorios de urgencia, escuelas, cuarteles, hospicios, etc.. y ambulantes' Fábricas, vapores, aviones, campos agrícolas, aldeas y pueblos donde fuera imposible radicar un individuo.

Fijar el número de horas de trabajo diario y establecer tres turnos para las 24 horas.

Las especialidades tendrían sus departamentos adecuados provistos de personal y elementos indispensables.

Farmacéuticos, Dentistas, Enfermeras y Administradores formarían parte del cuerpo médico.

La Sanidad Pública, la militar, la escolar, la -privada y todo lo referente al mantenimiento de la salud de los individuos estarían a cargo del Cuervo Médico.

La Dirección del servicio a cargo de uno de los médicos que por su larga hoja hubiera alcanzado el más alto grado en el escalafón al criterio de quien corresponda.

En la enorme dificultad de organizar a iniciativa privada el cuerpo médico creo que sólo el Estado está en capacidad de hacerlo por medio de una legislación especial.

Y esta es a grandes rasgos la idea directora. Viene enseguida la segunda parte de la cuestión. Cómo aplicarla? No cabe más. El. establecimiento de seguros de salud es excelente a condición de ser obligatorio como en las grandes corporaciones industriales, agrícolas y comerciales, pero siempre queda una parte de población sin entrar por un motivo u otro como lo he visto en las naciones} donde la salubridad está másavanzada. De ahí que pienso en la poderosa fuerza del Estado como única capacitada para resolver el problema de la salud, ya que más preventiva que curadora sería la medicina corriente.

Que el implantamiento de esa nueva organización salvadora requiere un sacrificio económico es natural, pero no sería mayor que el actual y si derendimiento más efectivo, menos costoso y mejor controlado. Sólo él ejercicio honrado de la profesión existiría.

Para reclutar los elementos del cuerpo se tomaría todos los egresados de las facultades que así desearen previo el concurso reglamentario.

Indudablemente que la vida de los miembros del cuerpo médico estaría a cargo del Estado.

Una dotación inicial de L. 300 lempiras para los médicos de ínfima categoría y proporcional para los demás, que, iría aumentando a medida de asccender en gradopor el transcurso del tiempo y calidad de servicios.

Se entiende que nadie absolutamente pagaría un centavo por su asistencia médica.

Se establece un límite de edad, 65 por ejemplo, en donde se aplicaría la jubilación del último sueldo devengado.

Un reglamento para las faltas, abusos, abandono, etc., en el cumplimiento del deber marcaría el cuadro de obligaciones y derechos del cuerpo médico.

Es aplicable este sistema a nuestros bosquejos de república? Si es. El punto básico es el sostenimiento. Y la Instrucción Pública,

y el ejército y la policía y los caminos y comunicaciones postales y eléctricas, el Cuerpo Diplomático y Consular y tanto organismo del Estado, cómo viven?

O es posible instruir, educar, hacer soldados, guardar el orden, trabajar con gente enferma, enclenque, deforme y degenerada? Para el desarrollo de estas actividades no es indispensable primero ser y sano, ser fuerte? Y no están por sobre estas consideraciones individualistas la mayor de hacer Patria, de hacer Humanidad?

Por qué no se estatuye como cuestión previa en el mecanismo de la vida nacional la salud del pueblo? Con ciudadanos sanos aumentaría la producción material, los cerebros despejados brotarían ideas luminosas, las conciencias puras una moral espléndida.

Si bien una primera mirada sobre esta cuestión entraña un gesto de incredulidad y menosprecio, a poco de meditar hondamente se llega al convencimiento de ser un medio salvador en el caos inmenso donde se derrumban los grandes pueblos y mayor aun los nuestros convulsivos, desconocedores del sentimiento deber, amantes de la destrucción, desorbitados desde antes de nacer, pues nunca tuvieron órbita, intoxicados por el alcohol y deshechos por el hambre, las pestes, la guerra y la muerte. Los cuatro jinetes del Apocalipsis en perpetuo triunfo.

Bello ideal, como todos los de su género encuentra tropiezos! La política. Demos por sentado que fue instituido el cuerpo médico estatal. Sobrevendría como con el militar y el escolar y como todas las organizaciones públicas y aún privadas que serían arrollados por las pasiones de la peor ralea nacidas al calor de luchas partidaristas. Sobre este punto caben tantas reflexiones que mejor tratarlo en distinto lugar y con mayor extensión.

Sin embargo, a pesar del contra tan formidable, el pro pesa en la balanza de tal manera que debemos trabajar tesoneramente con fe en el triunfo, porque se establezca la Socialización del ejercicio de la medicina.

Tegucigalpa, diciembre 4 de 1933.

Existe lepra en Honduras

Las presentes líneas son para declarar de una manera afirmativa que contamos con lepra entre nosotros, nuestro objetivo no es sólo denunciarla sino llamar la atención de los colegas de la República respecto a este diagnóstico y para localizar los focos con que contamos para mejor control de los casos activos y dictar las medidas profilácticas que convengan para evitar la propagación ce esta enfermedad y tratar de una maneja eficaz lo[r]; casos comprobados.

En mis prácticas hospitalarias he tenido la oportunidad de hacer el diagnóstico de Lepra en un enfermo procedente del pueblo de Goascorán Depto. de Valle. Se trata de un joven XX di- 18 años de edad, ha vivido permanentemente en su pueblo de origen y hace como 8 años que le empezó la enfermedad, de antecedentes hereditarios y personales sin importancia, se queja de unas "llagas en la planta de los pies y palma de las manos" Dice que en su pueblo Goascorán hay otros enfermos con enfermedad parecida a la de él.

Me tocó recibir este enfermo personalmente por ser mi recomendado y al solo ligero examen de admisión sospeché un caso de Hanssen, pensé en esta enfermedad por algunos casos semejantes que había tenido oportunidad de ver en el Leprocomio de "Palo Seco" Panamá.

Lo envié a mi servicio en el Hospital "San Felipe," y allí después de detenidos exámenes clínicos llegamos a la conclusión de un caso de Lepra activo, comprobado por el Laboratorio que nos mostró el bacilocaracterístico y en abundancia en el moco nasal, en la linfa de un leproma y más notable aun en la sangre.

Los símptomas de principio de la enfermedad consistieron en dolores óseos generalizados, fiebres, astenia, tendencia al sueño, hiperhidrosis seguida de anidrosis. estas dolencias se le presentaron en forma de accesos de duración e intensidad variable acompañados de erupciones papulosas y maculosas de coloración variada del rojo al violácea después le llamaron la atención las anestesias que pudo no tar por las quemaduras y heridas punzantes que sufría sin darse cuenta y sin molestia alguna. Lo que más le ha fastidiado últimamente son las úlceras de la planta de los pies y palma de las manos.

El enfermo presenta buena nutrición, marcha perfectamente y su inteligencia es normal. Facie leonina bastante marcada, lepromas, máculas y pápulas diseminadas de formas diversas, coloración del rojo al violado, algunas obscuras y en parte despigmentadas, lisas sin descamación y acompañadas de hipoestesia y anestesia. Los atributos de la neuritis leprosa: nervios con abultamientos fusiformes, muy marcados en el cubital, trastornos sensitivos; hiperestesias, dolores neurálgicos, anestesias, total o disociada, trastornos tróficos de la piel y músculos con deformaciones en las extremidades y tendencia a las mutilaciones. En la piel encontra-

mos marcada sequedad, en partes lisa delgada lustrosa y depilada, es pobre el sistema piloso en las axilas, pubis y cara, uñas delgadas, quebradizas y atróficas, manos y pies deformados con úlceras saniosas, fétidas, atrofia de los músculos extensores; extensión de los dedos limitada, músculos de la eminencia tenar atrofiados, tomando, el aspecto de la mano simiana y en grifo, deformación de los pies menos marcada, dedos cortos y gruesos, grietas en las surcos dígito-palmares y plantares con tendencia a mutilaciones, cicatrices de quemaduras antiguan, anestesia total en manos y pies, estas zonas de anestesia ascienden por los miembros, superponiéndose en formas características ya total o disociada, sin guardar ninguna relación con las distribuciones nerviosas. Del resumen que hemos hecho de la sintomatología de nuestro caso, llegamos al diagnóstico de una forma de Lepra Mixta en actividad (tuvimos oportunidad de presenciar un brote agudo, acompañado de fiebre, dolores neurálgicos, exantemas **maculo-papulosos**). Diagnóstico Diferencial. Es muy importante que el clínico investigue detenidamente los estigmas de la enfermedad y no hacer ninguna conclusión sin estar confirmados por el laboratorio que es infalible en todos les casos, ya que el bacilo es constante en las lesiones y fácil de poner en evidencia por los métodos habituales. Es corriente confundir esta enfermedad como se hacia mucho antiguamente con afecciones cutáneas: Pitiriasis versicolar. Eritemas Polimorfos. Vitíligo, Acné Pustuloso, Lupus, Sífilis terciaria, Eritema crónico terciario de la sífilis, etc. Hay que diferenciarla de varias lesiones nerviosas: Atrofia muscular progresiva, Gangrena simétrica de las extremidades, Males Perforantes, Panadizo de Morván y más que todo con la Siringomelia.

CONCLUSIONES:

1.—Existe la lepra en Honduras.

2.—Goascorán, Departamento de Valle es un foco en actividad.

3 .—Necesidad de localizar otros focos y formar nuestro mapa leproso.

4.—La forma cutánea es la de evolución más rápida y más contagiosa.

5.-—El aceite de Chalmugra y sus derivados, continúan en pie en el tratamiento eficaz de esta enfermedad.

6.—-El Pronóstico ha variado completamente con el tratamiento moderno do esta afección.

J. Abarca h.

A propósito de un caso grave de uncinariasis

El 16 de noviembre del corriente año ingresó al servicio de niños del Hospital San Felipe a mi cargo, la niña Inés Gómez, de 10 años de edad, procedente de Aguanqueterique, departamento de la Paz.

No fue posible obtener ningún dato respecto a los antecedentes hereditarios ni a la historia de su enfermedad, por lo cual tuvimos que atenernos únicamente al examen clínico y a los exámenes complementarios de Laboratorio.

La enfermita, el día de su ingreso al Hospital se nos presentó como un caso de miseria fisiológica, con edemas blancos, generalizada y blandos incluyendo las extremidades superiores e inferiores, labio superior, grandes labios de la vulva y pared abdominal. Este edema se acompañaba de abdomen 'dilatado y ascitis. No se constataron derrames pleurales ni pericárdicos.

La piel era de un color pálido tenso y las mucosas decoloradas.

El bazo se encontró bastante grande y el hígado ligeramente hinchado.

No -se encontró nada de anormal en los demás órganos y sistemas.

Los exámenes complementarios dieron el resultado siguiente.

Heces: Positivo por huevos de ascárides, tricocéfalos y uncinaria.

Sangre: Número de glóbulos rojos por m. m. 3, 1.793.000.

Número de glóbulos blancos por m. m, 3, . ..3,120.

Fórmula leucocitaria:

Polinucleares	50 %
Mononucleares	50 %

No hay eosinofilia; pero sí glóbulos rojos nucleados.

Positivo por Plasmodium falcifarum (anulares y gametos.)

Orina: Positivo por albúmina y sangre.

Diagnóstico: Caquexia uncinárica asociada al paludismo *y* degeneración de los riñones.

Tratamiento: se le aplicó el tratamiento antiuncinárico, precedido por ingestión de **lactato** de calcio.

Después se le puso a dieta de lecha dando pequeñas dosis de teobromina y salirgán por vía intramuscular. Además, tratamiento contra el paludismo, suero glucosa do, etc.

Con el tratamiento anterior *la* niña mejoró notablemente, habiendo desaparecido los edemas del labio superior, pared abdominal y disminuyendo los de las extremidades; pero desgraciadamente durante el curso del tratamiento el caso se complicó con un vasto flegmón de la pierna izquierda y dobles escaras supratrocantéreas, lo cual ha hecho perder toda esperanza de salvación, por tratarse de una enfermita cuyos tejidos desprovistos de toda vitalidad gracias a la acción de las toxinas **uncinárica**s y a los edemas, son incapaces de defenderse de los traidores y fatales microbios que han hecho su presa de dichos **tejido!.**

Un caso grave de uncinariasis que terminará con la muerte, como el que dejo relatado, es un caso de todos los días acá en los

trópicos. Pero alrededor de él, pueden hacerse muchos e interesantes comentarios. He aquí la razón por la cual escogí para colaboración del presente mes el caso que dejo relatado. La uncinariasis es una enfermedad caracterizada por anemia y trastornos dispépticos. Si la enfermedad no se diagnostica a tiempo tratándola convenientemente, aparecen los derrames serosos vientre hinchado, degeneración adiposa del corazón, dolor del epigastrio, apetito voraz y perversiones del mismo tales como pica y geofagia. Todo lo anterior acompañado de pereza, lasitud, apatía y graves degeneraciones del conducto digestivo, corazón, hígado, riñones y órganos hematopoyéticos. Si se trata de un niño hay retardo del crecimiento.

Todo lo anterior es debido a la acción expoliatriz y tóxica de la uncinaria. Como es sabido, este pequeño gusano perteneciente al grupo de los nematelmintos es el único de su clase que se alimenta de sangre. Es un pequeño gusano de color blanco o pardo rojizo cuando ha ingerido sangre que vive adherido a las paredes del intestino delgado (especialmente pequeñas úlceras por donde se introducen a la economía las toxinas del mismo parásito así como aquellos elaborados por los microbios de la abundante flora intestinal y de las fermentaciones de los restos alimenticios que se encuentran en el intestino. Se calcula que una uncinaria adulta extrae cada 24 horas una gota de sangre, así pues; si una persona alberga en su intestino 1.000 uncinarias,.lo .que no es raro, perderá cada 24 horas 1.000 gotas de sangre o sea aproximadamente 25 ce. de este precioso liquido. No obstante que el organismo trata de recuperar esta pérdida, con el tiempo se produce una anemia grave. Esta anemia va acompañada por los síntomas enumerados anteriormente, tales como trastornos dijestivos, hinchazón de las piernas y **pies,** pereza, mareos, etc.

Por los estudios hechos en la Sanidad, cuando desempeñé si cargo de Jefe del Departamento de Enfermedades Tropicales sé, que se encuentran infectados por uncinaria los habitantes de todo el país conforme la distribución siguiente:

Costa Norte	85 %
Costa Sur	77 %
Oriente	60 %
Occidente y Centro	32 %

De los números anteriores se deduce que el 63 % de la población total está infectado por uncinariasis. Siendo la población de Honduras en números redondos de 800.000 habitantes, el numero total infectado sería de 508.000 personas. Esta cifra que representa mas de la mitad de la población nos demuestra que este problema es de los más arduos y difíciles que tenemos que resolver en materia de Sanidad, si queremos realmente hacer ele nuestro pueblo, un pueblo fuerte y sano.

Teóricamente el control de esta enfermedad es sensillo y se reduce a los puntos siguientes:

1º.—Tratamiento de las personas infectadas.

2º—Construcción de letrinas.

3º Sane amiento del suelo.

4º—Leyes especiales. Obligación de usar zapatos todo el

mundo. Educación del pueblo por medio de conferencias, carteles, folletos, etc.

Pero en la práctica este problema "Control de la uncinariacis" es de los más difíciles, desde luego que tenemos que tomar en cuenta múltiples factores biológicas y sobre todo económicos. Dejo para un próximo artículo el estudio de dichos factores.

No quiero terminar este pequeño artículo sin decir unas cuantas palabras respecto al tratamiento de esta enfermedad.

Desde Bozzolo y Perroncito que aplicaron por primera vez en 1879 el Timol, hasta el tetracloruro de carbono aplicado por Hall en 1921, numerosas drogas han sido ensayadas con más o menos éxito.

En nuestra práctica usamos el quenopodio sólo para los niños hasta la edad de 7 años y el tratamiento ¡mixto por el quenopodio y el tetracloruro de carbono de los 7 años en adelante. A los viejos de más de 60 años se les da como a los niños sólo quenopodio.

El uso del quenopodio en el tratamiento de la enfermedad se lo debemos a Schuffner y Vervoort quienes empezaron a usarlo en 1.900.

Actualmente se está tratando con muy buen éxito esta enfermedad por el tetracloretileno y especialmente por el hexilorresorcinol, antiséptico elaborado por Leonard en 1924. Según las estadísticas que he tenido a la vista es eficaz contra uncinaria en el 85 % de los casos, siendo además casi inocuo. lo cual es una ventaja sobre el tetracloruro de carbono. Únicamente produce algunos ardores en las vías gástricas superiores. Debe ser administrado en cápsulas de gelatina dura, o en píldoras achocolatadas, por la mañana en ayunas y seguido de un purgante a las 24 horas.

Antonio Vidal.

Tegucigalpa, Nbre. de 1933.

Ha fallecido un sabio que con su obra arrebató a la muerte millones de niños

Director del Instituto Pasteur. de París, el profesor Roux señalóse por su lucha victoriosa contra el bacilo de la difteria

El 29 del mes pasado falleció el profesor Calmette: ayer el Dr. Roux le siguió a la tumba. En tan corto lapso el Instituto Pasteur ve partir, agobiados de años y de gloria, a dos destacados **discípulos** y continuadores de la obra maravillosa de su fundador. Su pérdida enluta a Francia y al mundo. El profesor Roux era ya octogenario. Hosco, con la timidez de los hombres habituados a la soledad fecunda, gastados los ojos por las largas veladas de estudio y espera ante los microscopios, -;1 Dr. Roux fue desinteresado y modesto como un verdadero sabio. Porque fue un fiel prototipo de esos hombre de ciencia que Francia produce de tanto en tanto, y que bajo un exterior altero e inabordable ocultan una gran dulzura de corazón.

Desde 1904 desempeñaba la dirección del Instituto Pasteur. en cuyos laboratorios ingresó como **simple** preparador veintiséis años antes. Su vida entede lucha y de victoria se desarrolló entre las blancas paredes del edificio de la calle Dutot. Allí, junto Pasteur, el **maestra.** junto a Duclaux, Metchnikoff, Chamberland, Calmette y tantos otros, Roux colaboró silenciosa y serenamente en la guerra a muerte contra la muerte. Hubiérale gustado permanece: inadvertido en su retiro monacal del Instituto, como su birrete de seda negra y sus probetas burbujantes, y sin embargo los. honores y la fama le obligaron *B* menudo a abandonar los dos cuartos —Las dos celdas desnudas— que él habitaba para recibir el premio Nobel, la gran Cruz de la Legión de Honor y la envidiada designación de miembro de la Academia de Ciencias y del presidente del Consejo Superior de Higiene.

Contados son entre sus contemporáneos quienes han prestado a la humanidad servicios tan valiosos como los de este sabio de la Charente, que **Duclaux** advirtió, cuando cursaba medicina en Clérmont-Ferrand, "tan taciturno y tan estudioso." Duclaux, su profesor dequímica, fue quien le señaló, iluminado por una clara visión del alto destino de su alumno, el camino a **seguir.** En 1877, cuando Duclaux comenzó a dictar su cátedra de química biológica en la Sorbona, Pierre Roux le acompañó. Fue pronto su ayudante y como Duclaux era, a su vez, discípulo ele Pasteur, Roux fue designado preparador **del** laboratorio de este último al año **siguiente.** Era entonces el alba de la lucha contra los microbios. Durante la dificultosa búsqueda y los admirables hallazgos obtenidos en el

estudio del cólera de las gallinas, el carbunclo y su vacuna, Roux estuvo, con Chamberland, junto a Pasteur. En 1881 los dos jóvenes fueron condecorados por sus trabajos y dos años más tarde, al recibirse de doctor en medicina, Roux preparó una detallada tesis sobre la rabia, escrita en ese idioma puro y medido que le caracterizaba, y del cual se ha dicho que era modelo perfecto de su género. Al mismo tiempo comenzó a **presentar,** juntamente con Pasteur, la primera seria de sus comunicaciones a la Academia de Ciencias. La rabia y los laboriosos experimentos que en 1885 serían coronados con el descubrimiento de la vacuna antirrábica, fueron también objeto de su detenido estudio. A raíz del entusiasmo provocado por este hallazgo extraordinario, fue reconstruido por suscripción pública el Instituto de la calle Dutot, célebre después en todo el Universo. En él se desenvuelve el resto de la existencia del sabio. De 1888 a 1895 fue **jefe** de servicios del mismo y tieso es del fallecimiento del maestro ocupó su subdirección, hasta 1904, año en que se le nombró director del Instituto Pasteur. La muerte le sorprende en el ejercicio de tan delicado cargo. A él lo sacrificó todo: su salud precaria, sus cursos, sus estudio:-; especiales y hasta su felicidad doméstica, ya que el exceso ^e trabajo y de responsabilidad le impidió formar una familia. Pero es su combate contra el microbio de la. difteria el- que más fama ha dado al profesor Roux. Su combate y su triunfo, ya que al entregarle la gran cruz de la Legión de Honor, en 1920, decía la honrosa citación. "Roux ha vencido a la temible enfermedad." El suero antidiftérico por él descubierto ha disminuido le mortandad provocada por el crupo en cerca de un 90 por ciento. La toxina segregada por el bacilo de la difteria y la antitoxina hallada por Behring, que Roux perfeccionó, tornándola práctica y utilizable, vinieron a esfumar el espectro que ahogaba a los niños y los mataba después de atroces torturas.

Tal es la historia del profesor Roux, director del Instituto Pasteur; tal su obra. No ha menester del elogio retórico quien como él sufrió del sufrimiento de la. humanidad. Su ejemplo emocionante será señalado a las generaciones que vendrán. La gloría que él rehuyó modestamente en vida abre los brazos para recibirle en la morada de los que fueron nobles y buenos.

El fallecimiento

París. 3 (AP) .—A la edad de 80 años falleció hoy el director del Instituto Pasteur, profesor Emilio Roux.

Era el último de los colaboradores sobrevivientes de Pasteur. Durante 49 años sufrió de tuberculosis y con su colega, el profesor Calmette, que falleció el 29 de octubre pasado, lucho por descubrir el remedio para esa enfermedad.

La agonía fue penosa

París, 3. —(H).—La vida del profesor Roux se extinguió lentamente en la pequeña pieza que ocupaba en el Instituto Pasteur, sin haber perdido totalmente el conocimiento antes del fallecí-

Preparaciones farmacéuticas nacionales y el tratamiento del alcoholismo crónico

"Es la idea fundamental de este artículo abogar porque el médico, exclusivamente trate el alcoholismo crónico: no más patentados falsos con tal objeto,"

Más de una vez hemos dicho en nuestros artículos sobre especialidades farmacéuticas, que ellas son en su mayoría productos charlatanescos, pero no todos peligrosos. Lo que implica el peligro de una vida, tiene desde luego mayor trascendencia, neces[1]ta toda la atención de los profesionales, y más aún de las autoridades que vigilan y regulan la venta de tales medicamentos.

Uno de los caminos fáciles para llenar los bolsillos de los comerciantes en farmacia, es el de vender líquidos de cualidades maravillosas que "obligan al alcohólico habituado y consuetudinario, a dejar de beber licores espirituosos por toda la vida."

Del extranjero llegaron las pócimas mencionadas, a un vale/ altísimo, y por largo tiempo nuestro pueblo las consumió, con el resultado que es de esperar: nulo: todavía se oye mencionar de vez en cuando, el nombre de algún curandero farzante, en relación con la cura del alcoholismo crónico, a pesar de que ninguna especialidad de esta clase se ha presentado para registro ante la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia del país sirva esta oportunidad, para hacer mención del contrabando de drogas que por alguna de nuestras fronteras se verifica a diario, sin poderlo evitar.

Pues bien: puede haber pasado a la historia este hecho, y desaparecido del mecrado de drogas de Honduras, los "cura alcoholismo" en cuarenta y ocho horas, no obstante, esas falsas

---

miento. Se había reagravado hace varios meses su vieja afección tuberculosa, por la cual se le atendía desde su juventud y que a menudo había sido causa de alarma para los médicos que le atendían. Muchas veces había tenido vómitos de sangre, pero siempre se restablecía por un milagro. Fue penosa la agonía del profesor Roux, que dejó de existir rodeado de sus inmediatos colaboradores.

Hacía quince días que el paciente había dejado de alimentarse, y casi no hablaba. Una de las últimas manifestaciones de su vitalidad fue la frase quo dictó cuando se le comunicó la muerte de su alumno preferido y colaborador, Dr. Calmette:

—No puedo ya hablar, ni tampoco escribir — hízole decir a la Sra. Calmette—, pero sepa Ud. que estoy consternado como Ud. misma.

Recibió ayer la visita del cardenal Verdier, con el cual conversó algunos instantes. Por la noche fue de cayendo cada vez más, hasta el momento de fallecer.

curas se preparan y a todo trance deben eliminarse, para bien de nuestra comunidad: el médico. es el único encargado de prescribir las sustancias señaladas para el caso, y observar cuidadosamente su efecto y las complicaciones, que ya sea físicas o de carácter 'mental grave, pudieran presentarse: tal tratamiento, dicen las leyes americanas debe darse solamente bajo el cuidado del médico competente, ya sea que se administre en forma de una especialidad registrada, o por prescripciones.

Naturalmente, la cura del alcoholismo dependa ; casi exclusivamente de la buena voluntad de los pacientes: hay individúes que padecen de la sed del veneno, y los hay que aunque lo usen, y se aferren a la costumbre, no la tienen: los primeros son bebedores periódicos, excesivos, dipsomaniacos, y los últimos lo hacen por que otros lo hacen, y pueden ser convencidos a no *seguirlo* haciendo: como es bien sabido, el tratamiento igual para ambos, aunque de mayor facilidad o éxito inmediato el de los primeros, es hacer uso de drogas venenosas en la mayor parte de los casos, como son los siguientes: bromuro de hioscina; o sulfato de atropina a la dosis de 0,0006 tres veces al día. Estas sustancias causan sequedad en la garganta y pérdida del sabor por el licor. El sulfato de estricnina se les da. 0,001 para tonificar el sistema: y carminativos amargos como gastro estimulantes : hay quien prepare whisky con clorhidrato de apomorfina, dejando después al paciente que lo tome así, una vez, y después el whisky puro cuantas veces lo pida: la náusea y el vómito quitan el sabor del licor, para mejorar la condición del paciente o su postración, insomnio, etc.. después de haber estado bebiendo por algún tiempo sin medida, se les administra per lo regular, bromuros en grandes dosis, sulfato de morfina, paraldehido., hidrato de doral, etc.

Uno de estos medicamentos de patente (no en el país) contiene tartrato de potasio y antimonio o tártaro emético por todo ingrediente: otro, tintura de estrofanto: ¿puede una persona que no se-a médico realizar la tarea de curar o mejorar a un bebedor consuetudinario? Puede un farmacéutico, hacer uso de fórmulas especiales, que contengan sustancias de la toxicidad y variedad de efectos terapéuticos, como las que se mencionaron con anterioridad? ¿Puede un patentado de esta naturaleza, hacer bien a los consumidores de él, bastando para los contraefectos las indicaciones marcadas en las viñetas del preparado?

¿No está al alcance de cualquiera, que se penetra bien de lo que significa responsabilidad, comprender, que no es posible beneficiar a nadie ofreciéndole una espada de dos filos, que bien pudiera curar como matar, cuando se lucha por la vida, enfrentándose a un vicio cuyas garras, se clavan muy hondo en la pobre y débil humanidad?

El asunto en cuestión es de la mayor trascendencia: el punto de vista comercial, y la creencia de que todos somos capaces, ciega a mas de algún colega farmacéutico, hasta el grado de hacer-

Exploración funcional del Riñón

Los procedimientos de exploración funcional de los riñones son cada día más numerosos, precisándose sus valores efectivos, extendiéndose cada vez más su empleo y demostrando su necesidad en numerosos campos de la patología.

M. Dérot hace una notable exposición de los métodos clínicos empleados corrientemente en Francia. Chavannaz estudia la importancia que tiene en cirugía general la determinación del valor funcional de los riñones. H. Blanc, por indicación de su maestro Marión, muestra los grandes servicios que puede prestar, en cirugía urinaria, la prueba de las fenolsulfotaleina.

A propósito de *la prueba de la fenolsulfoneftaleina* merecen citarse algunos trabajos.

El de J. de Meyer y V. Jourdain, quienes muestran que, en algunos casos, no hay paralelismo entre el rendimiento de urea y el de fenolsulfoneftaleín-a. Pueden observarse discordancias en los dos sentidos. Los autores indican de un modo especial que las grandes retenciones de urea (hasta 5'40 gr.) pueden coincidir con excreciones normales de fenolsulfotaleína. Rathery y Derot han observado muchas veces que la fenolsulfoneftaleina se eliminaba en cantidades muy pequeñas, en tanto que la urea se encontraba en cantidad relativamente poco elevada en la sangre.

Lesné, Hazard, Boquien y Larde han observado que existe un paralelismo entre la diuresis normal o provocada, y la eliminación de la fenolsulfoneftaleina inyectada por vía pleural.

Un cierto número de *observaciones nuevas* han sido publicado: Achard, Bariety y Codounis refieren tres casos anatomoclínicos en los que el síndrome nefrósico se añadía una nefritis que evolucionó progresivamente hacia la forma azoémica e hipertensora. Los exámenes histológicos mostraron lesiones de nefritis difusa un exceso lipóidico, predominando al nivel de las celulas de los tubos contorneados, y sobre todo han permitido ver que la lipoidosis se corría mas allá del riñón, puesto que "'os enfermos tenían un exceso lipóidico intenso en el hígado y en la aorta.

Pasteur Vallery Radot, G. Mauric y M. Laudat publican una observación, que es una de las más típicas que se han referido de nefrosis lipóidica en el adulto. Pero aun en este caso había ya desde un comienzo, además ce

---

lo creer que él es tan médico como el mejor médico, en estos casos: es por este motivo que se viola la ley tan a menudo; que en un sinnúmero de farmacias se preparan fórmulas de toda clase, a personas no facultadas para recetar, comprendiendo las indicadas en la cura del alcoholismo crónico. La Facultad de Medicina es la llamada a dar fin a estos abusos de la ley, que ponen el peligro la vida de nuestros connacionales.

Guillermo E. Durón.

los signos humorales, una invasión renal discreta, caracterizada por la presencia de cilindros granulosos y de hematíes en la orina. '

M. Labbe, R. Boulin y G. Dreyfus estudian un caso en el que observóse la aparición, no ya .simultánea, sino sucesiva, de los estigmas biológicos, habiendo la hipercolesterolemia y la lipuria precedido unos dos meses la aparición del desequilibrio protídico. Los autores hacen notar también la falta de relación entre los edemas, por una parte, la hipoprotidemia, y la inversión de la relación serina globulina, por otra, progresando ésta, en tanto que los edemas desaparecían bajo la influencia de la decloruración.

Et. Bernard y Guillaumin refieren una observación en la que los signos humorales de nefrosis lipóidica presentáronse después de una nefritis aguda y precedieron durante algunos meses aparición de edemas.

Entre los hechos referentes a la etiología, mencionemos dos observaciones de Chavanier, Lobo Onell y Lelu, en las que son recriminadas la tuberculosis, en una, y la infección crónica de las amígdalas, en otra; un caso de Schulmann, Horowitz y Barbar, de origen sifilítico, en el que los novarsenobenzenos dieron resultados notables.

Achard y Codounis insisten d-. nuevo en ¡a investigación de los cuerpos birrefringentes en la lipoidosis renal y en la técnica de esta investigación.

(Del Mundo Médico.)

Anafilaxia por el clorazene

Por el Dr. Humberto Díaz.

Desde que Richet y Portier en el año de 1902, describieron el interesante fenómeno de la ANAFILAXIA, definiéndolo como: UN ESTADO DE HIPER-9ENSIBILIDAD A LAS ACCIONES TOXIÇAS, DETERMINADO DESPUÉS DE CIERTO PERIODO DE INCUBACIÓN, POR LA ABSORCIÓN O INYECCIÓN DE UNA SUSTANCIA HETEROGÉNEA, no nos sorprende que después de la administración de ciertos medicamentos (sueros biológicos principalmente), o después de la ingestión de algunas sustancias alimenticias, como crustáceos, moluscos, carnes crudas, sustancias albuminoideas en general, etc., etc., se presenten en el individuo una serie de trastornos que aumentan de intensidad cada vez que se repite la administración de las sustancias antes mencionadas, operándose en consecuencia,- un fenómeno diametralmente opuesto al de la inmunidad.

Pero lo que sí nos 'ha llamado mucho la atención es que se operen fenómenos anafilácticos después de la aplicación de sustancias antisépticas al exterior, de acción puramente tópica y sobre todo de compuestos como el clorazene que es de inocuidad reconocida.

En el caso que motiva estas cortas líneas, como se verá, hubo tres -aplicaciones de clorazene en distintas épocas, habiéndose presentado en todas ellas el respectivo choque anafiláctico en proporciones cada vez más considerables. El caso es el siguiente: J. B. Ch. de 54 años de edad, casado,- militar y vecino de Catacamas (Depto. de Olancho), ingresa al Pensionado del Hospital San Felipe el 15 de noviembre del año en curso, con la sintomatología de una SINUSITIS MAXILAR DERECHA, la cual es comprobada por la radiografía; como se encontraran algunas piezas dentarias en mal estado, vecinas a la región sinusal, y oída la opinión del Cirujano Dentista, *se* dispuso hacer la extracción de las mencionadas piezas y efectuar así el drenaje del seno por las cavidades alveolares, todo lo cual se realizó sin la menor dificultad, habiéndose evacuado considerable cantidad de pus. En los cuatro o cinco días siguientes se le practicaron lavados del seno con una solución de permanganato de potasio al uno por mil. Luego se dispuso emplear una solución J: clorazene al uno por ciento en vez de la de permanganato, y casi inmediatamente después de aplicada el enfermo experimentó violenta obstrucción de las fosas nasales, sensación 1s constricción de la garganta, disnea, sensación de propulsión de los globos oculares, lagrimeo y luego cefalalgia, prurito generalizado con aparición de placas de urticaria.

Al ser interrogado el enfermo acerca de si en otras ocasiones había experimentado las mismas molestias, nos declara que sí, la primera vez hace dos años

Metropatías Hemorrágicas

Concepto actual, etiopatogenia y tratamiento

Síntesis del tema oficial de -Ginecología

Relator Prof. Carlos Alberto Castaño

Cree que debe conservarse de término de *metropatías hemorrágicas,* tal cual lo concibió Aschoff, para toda hemorragia uterina cíclica o acíclica que no responda a un proceso inflamatorio o tumoral, ya que con esta designación no se prejuzga sobre la etiología del proceso. Opina que puede reservarse el nombre de síndrome de Schroeder para algunas de ellas o **mejor** llamarlas hemorragias ovariopáticas, como propusiera en un trabajo publicado en 1922,

Las hemorragias uterinas funcionales pueden ser *cíclicas* (menorragias, hipermenorreas, polihipermenorreas, polimenorreas) o *aciclicas* (metrorragias).

Las anomalías cíclicas del período menstrual constituyen un fino indicador de trastornos de distintos sistemas orgánicos; en cambio, las hemorragias acíclicas abogan más en favor de trastornos funcionales del ovario u de causas que actúan localmente sobre el útero. Considera el relator que las hemorragias cíclicas *son* más frecuentes en la, pubertad, en cambio cerca de la menopausia se observan con más frecuencia las aciclicas, verdaderas metrorragias condicionadas por alteraciones más del ovario que de otras causas generales.

Divide las causas de las hemorragias uterinas un *funcionales,* entre las cuales se encuentran las alteraciones endocrinas; en *nerviosas,* principalmente vasomotoras y del sistema simpático; en ***anatómicas,*** cuando hay modificaciones estructurales **del**

---

y la segunda hace cinco **meses,** siempre con motivo de lavados nasales de clorazene, habiéndose aquellas verificado con menos intensidad que en el ataque presente. Desde ese momento pensamos en una anafilaxia por la sustancia ya mencionada, tanto más cuanto que el enfermo había estado sometido a su régimen alimenticio ordinario y en manera alguna se le había administrado medicamentos al interior. En vista de las circunstancias apuntadas ordenamos inmediatamente una inyección de adrenalina (un miligramo) y una poción de cuatro gramos de cloruro de calcio, con lo cual cesaron rápidamente las molestias; más tarde un purgante salino. El caso anterior nos ha enseñado pues, que el fenómeno do ANAFILAXIA, puede presentarse aun después de la aplicación de medicamentos de acción tópica; debiendo el médico, por lo tanto, estar siempre en guardia contra tal accidente, sobre todo cuando administre medicamentos al interior, de acción farmacológica complicada.

Tegucigalpa, diciembre de 1933.

útero; trompas, ovarios, vasos .o sangre.

Estudia a continuación los diversos tipos de hemorragias cíclicas que pueden obedecer al útero, al ovario, a la crasis sanguínea, al sistema nervioso circulatorio. Pasa revista a las distintas lesiones que pueden asentar en estos órganos, ilustrando algunas de ellas con observaciones personales.

En los casos de miomas submucosas nunca ha comprobado el desgaste y la necrobiosis de 11 mucosa uterina causada por el núcleo, que originaría la hemorragia según Schroeder, así como tampoco la persistencia *de* folículos en el ovario. En cambio, ha comprobado siempre hiperplasia del endometrio y en el ovario cuerpos lúteo o islotes de células luteínas; creo que las hemorragias se deben a la reacción ovárica refleja por irritación mecánica del endometrio al igual de lo que ,sucede en *las* experiencias de Leo Loab.

En el músculo uterino además de las alteraciones de la fibra muscular y de su contractilidad, dice Castaño que conviene estudiar el retículo fibrilar, porque cuando está alterado puede ser causa de hemorragias.

Al estudiar las *causas* fundamentales de las hemorragias.

clicas, considera las alteraciones endocrinas que obrando sobre el ovario por correlación funcional lo alteran en sus funciones, actuando también por intermedio del sistema simpático (vasomotor).

Luego el relator se ocupa de las *hemorragias acíclicas* y después de definirlas expresa que la metrorragia deriva de una mucosa intacta en el post o premenstruo o entre dos menstruaciones; o de una mucosa patológicamente alterada, hiperplásica o por otras alteraciones intercurrentes, neoformaciones de *la* cavidad uterina.

Luego rebate los conceptos sustentados por Shroeder sobre la etiopatogenia de la hiperplasia del endometrio y las metrorragias, citando observaciones de Adler, **Frankl,** Meyer y personales. No ha visto curar ninguna metropatía de Schroeder con el raspado.

A veces alteraciones de la crasis sanguínea (leucemias miela - genas, púrpura, trombopenia esencial, etc.). producen como único síntoma meno o metrorragias, según la enferma sea joven o esté en el climaterio.

Castaño rita una observación personal de trombopenia esencial de **Weil,** en una mujer de 58 años, con metrorragias profusas. El raspado explorador reveló hiperplasia del endometrio y el autor descarta un tumor de la granulosa porque la palpación es negativa; se le **hizo** hepatoterapia **intensamente** con éxito.

Después de resumir el *cuadro sintomatológico* de las metropatías hemorrágicas, el relator trata el *diagnóstico* de las misma,?, que se basa en el estudio prolijo de la enferma, examen de sangre completo, análisis hormonal según el método de Abderhalden, metabolismo basal, examen cuidadoso del endometrio por raspado explorador e histerografía con thorostrat, etc.

El *diagnóstico diferencial* hay que hacerlo con la adenomiosis uterina y ovárica, con la hiperplasia e hipertrofia del endometrio ; con miomas **submucosos** pólipos de la mucosa del cuerpo uterino; estados postabortos, etc.

Al referirse Castaño al ***tratamiento*** de las mtropatías hemorrágicas, expresa que en las vírgenes hay que agotar todos **los** tratamientos que estimulen el ovario y el útero, diatermia y rayos ultravioletas, luego organoterapia combinada: primero lóbulo anterior de **¡hipófisis,** luego foliculina y finalmente luteohormona. Debe tenerse presente el terreno heredodistrófico y estimularlo con yodo, arsénico y bismuto. Si estos métodos **fra**casan, hacer radioterapia sin llegar a la dosis castración, **sino** temporania, o practicar histerec**tomía** conservadora tipo **Passe**ron.

En la mujer joven, no **virgen** aconseja el radium a dosis pequeñas de 8 a 9 M. C. D. Recuerda los diversos tratamientos preconizados (autohemoterapia, inyección de orina de embarazada, hormonoterapia, irradiación *ú..i* hipófisis, etc. Si 1-a terapéutica fracasa, hacer histerectomía, conservadora.

En la mujer cercana a la menopausia dice que el tratamiento realmente eficaz es la curieterapia o rayos X, prefiriendo el

¿Existen Casas Cancerosas?

Al lado ce su aspecto estrictamente científico, esta cuestión ofrece un cierto alcance social. En efecto, se ha visto frecuentemente que, sin otra razón que la de ser consideradas como "casas cancerosas," eran abandonados por sus habitantes determinados domicilios. Como en tantos otros aspectos de la vida social, la Cruz Roja puede tener ante este extendido prejuicio una bienhechora intervención.

Mientras fueron ignoradas las causa 3 del cáncer nadie podía afirmar COEI certidumbre que la habitación no desempeñaba ningún papel en la propagación de la enfermedad. Más hoy día esto ya no es posible y ha de considerarse nula o muy insignificante la influencia de la casa en el desarrollo del terrible mal. Indudablemente, que no puede negarse que en ciertos inmuebles los fallecimientos por cáncer se suceden con una alarmante frecuencia. ¿Pero no existen igualmente algunas casas en las que los crímenes se repiten con desconcertante insistencia? Nadie, sin embargo, se atreverá a declarar que los. ladrillos o el cemento de estas edificaciones encierran ocultas fuerzas que arman el brazo de los asesinos. Un grupo de sabios fundó *la* Francia, el pasado año, la Asamblea francesa de medicina general que se propone emprender investigaciones útiles para la ciencia. Cuantío un tema presenta un interés particular, lo:; diferentes servicios de esta sociedad .lo estudian, lo discuten y someten el resultado de sus trabajos a las asambleas que periódicamente se reúnen en París. Así fue recientemente ofrecida a la consideración de algunos clínicos franceses que desde hace varias generaciones ejercen en la misma región su pro festón, esta palpitante cuestión de las '"casas cancerosas." Y ha resultado de sus trabajos que s[1] existen "casas cancerosas," éstas son extremadamente raras. Tan interesante tema ha sido igualmente estudiado, aunque bajo otro aspecto, por los doctores Augusto Lumiére y Paul Vigne cuyas conclusiones fueron presentadas en la sesión celebrada por la Academia *de* Medicina de París el pasado 7 de marzo Sus investigaciones se circunscribieron a la ciudad de Lyon donde en 20 años hubo 6.703 la-

---

radium. llegando a la dosis castración de 20 a 30 M. C. D. Cuando fracasa se debe a la adenomiosis o miomas .submucosos o por endovascularitis uterina infecciosa; en estos casos recurre a la histerectomía vaginal o abdominal.

Termina su relato presantando 11 casos clínicos con su correspondiente estudio histopatológico. SI trabajo tiene además 22 microfotografías de endometrios y ovarios de casos de momas submucosos íntramurales para demostrar cómo se producen las hemorragias en el os.

Vicente Ruiz.
(Del Día Médico)

llecimientos por cáncer, fuera de los hospitales y de las clínicas privadas. He aquí cuál fue la repartición de estos 6.703 cas JS en los 23.258 inmuebles de la ciudad: no se registró ninguna muerte en 18.231 casas; hubo u i fallecimiento en 3.869, dos en 953, siete en 2 y ocho en una sola casa.

Las siguientes observaciones, .extraídas del notable informe presentado por los doctores Lumiére y Vigne a la Academia de Medicina, son más elocuentes que cualquier otro comentario:

"Se trata de saber si ha habido motivo que explique esta distribución de fallecimientos po[1]* cáncer, es decir sí verdaderamente existen "casas cancerosas," o bien si el hecho de ver agrupados en ciertos inmuebles cinco, seis, siete y aun ocho casos de muerte por cáncer, responde simplemente a las leyes del azar.

El problema se precisa, por consecuencia, en los siguientes términos: ¿cuál sería la repartición de fallecimientos por cáncer en los inmuebles de la ciudad en el caso de que no interviniese ningún factor para sistematizar este reparto? El cálcalo de probabilidad podría ilustrarnos sobre este punto. Desgraciadamente este cálculo riguroso se hace imposible porque nadie ignora el valor de ciertos elementos indispensables para su realización y el más importante de estos desconocidos elementos es el número de habitantes de cada inmueble.

Ha sido por tanto necesario buscar otro medio de apreciación y de control que al fin parece haberse encontrado en el método comparativo de las es-

tadísticas que ofrezcan hetero - géneos testimonios.

En lugar de considerar los fallecimientos por cáncer, tenemos otro dato sin ninguna relación con los inmuebles: por ejemplo, los nacimientos. Las causas de estos nacimientos se hallan condicionadas fortuitamente, de manera diferente de un caso a otro y fuera de toda participación del inmueble. Obedece solamente al azar o a un conjunto de circunstancias no sujetas a regla alguna, el hecho de que un niño nazca en una determinada casa. Comprobamos, sin embargo, por la estadística sobre un número de casos igual al de los fallecimientos por cáncer, que hay un reparto por inmuebles que se aproxima extraordinariamente al de esta enfermedad y que las curvas que dan valor gráfico al fenómeno tienen 1-a misma forma hasta llegar casi a superponerse."

El tema de las "casas cancerosas" no puede sin embargo, considerarse agotado. En realidad podría pretenderse' que ciertos locales favorecen la propagación del cáncer si *se* estuviese seguro de que esta enfermedad era causada por un. microbio o un virus, hipótesis aun no acreditada con suficientes pruebas. Y resulta claramente de los estudios a que hemos hecho mención que es aún imposible pribar que el cáncer aceche ciertas casas cuyos 'habitantes sean condenados a una prematura muerte tan pronto como han franqueado sus umbrales.

(Comunicado por la Secretaría de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja, 2, Avenue Velásquez, París. VlIIe.)

REVISTA DE REVISTAS

Por el Dr. S. PAREDES P.

Tratamiento curativo y preventivo de las anquilosis y artritis post-traumáticas por acetilcolina

R. Fisher en la Presse Medícale, clasifica las observaciones en dos series:

10—casos en que la acetilcolina fue aplicada a antiguas anquilosis por fractura o sobre miembros atacados de rigidez dolorosa después de inmobilización prolongada: Fractura de la pierna con rigidez del cuello del pie; fractura de la pierna y alta del fémur con rigidez de la rodilla y el tobillo; fractura intra-articular grave del puño con rigidez; lujación congenital de la cadera operada dos veces; primero por reducción sangrienta y después por soporte osteoperios tico técnica de Lance. En todos estos casos los resultados han sido constantemente favorables, pero en igrados diversos después de un tiempo variable.

2º—Casos en que la acetilcolina fue aplicada desde los primeros días del accidente con resultado muy superior a los precedentes. Fractura del maleólo externo con poco desplazamiento; fractura- longitudinal de !a rótula; fractura de la gran tuberosidad del húmero; fractura intrarticular del puño; fractura banal del radio; anquilosis del puño por herida penetrante y artritis supurada con secciones tendinosas y arteriales; rigidez consecutiva a flebitis, rigidez del puño y de la mano después de inmobilización por tratamiento de un traumatismo sin fractura.

La dosis es de 15 a 20 ampollas de 10 ce. Puede ser aumentada la dosis en los casos serios. Los resultados son excelentes sobre todo en las rigideces y dolores. La osteoporosis puede a veces ser modificada.

Como obra el tratamiento? Probablemente por vaso-dilatación y modificación del metabolismo del calcio y de la alcalinidad real de la sangre.

Curación de una meningitis a estreptococo consecutiva a fractura del cráneo

A. Basset, A. Ameline y Micharet en Boletines y Memorias de la Sociedad Nacional de Cirugía, relatan este caso: Fractura de la región parieto-occipital propagada al peñasco; al 4º día signos meníngeos con 3º; punción lumbar. Inyección intra-raquidia de 15 ce, de suero an-ti-estreptocócoico del Instituto Pasteur y 30 ce. por vía endovenenosa. Mejoría al día siguiente y nueva inyección endovenosa de 20 ce. Rápidamente todos los síntomas desaparecen y al 149 día el líquido cefaloraquídeo estéril y curación completa.

Lobectomia pulmonar total; técnica en dos tiempos, simple y eficaz

J. Alexander, trata esta cuestión en Surgery, Ginecology and

Obstétrica. Indicación: Bronquiectasia central y abcesos pulmonares múltiples, sin adherencias pleurales inseparables. No deberá hacerse sino después del fracaso de otros tratamientos en particular la Frenicectomia.

Medidas preventivas: Limpieza de la boca y nariz, posición de drenaje durante varias horas por día.

OPERACIÓN: Enfermo acostado sobre el lado sano en declive de 15º. Anestesia local. Incisión del ángulo de la 5º a la 9º costilla verticalmente después en el 8º espacio hasta la línea axilar posterior. Resección de 6ª, 7ª y 8ª costillas y 6º y 7º espacios de una extremidad a otra cíe la incisión así como de toda la pleura parietal correspondiente.

Se empieza entonces la anestesia con protóxido de azoé y oxígeno bajo ligera presión. Liberación al dedo o tijeras por la parte inferior del ligamento triangular. Si son muy sólidas desistir de la operación y destruir el lóbulo al cauterio de Graham. Una vez aislado el lóbulo, con una compresa seca .S" hacen fricciones delicadas sobre la pleura mediastinal. costal, diafragmática y visceral hasta la cúpula pleural sin tocar el lóbulo enfermo. Se consigue con dicha friccióu una inflamación traumática estéril con exudado supra y subpleural que obra como barrera traumática estéril contra]a infección pleural inevitable del segundo tiempo formando adherencias suficientes para mantener prendido el pulmón sano a la pared e impedir la difusión séptica del lóbulo extirpado y. fijar también el mediastino.

Este frote produce una exudación de líquido de 400 a 1.000 *ce,* que debe ser puncionado varias veces en la semana siguiente. Hacer un drenaje hermético de la cavidad pleural.

El 2º tiempo 9 a 12 días después del 1º. Antes puede que las adherencias no estén formadas y después que sean muy sólidas. Sin embargo puede retardarse 4 a 6 semanas a condición de envolver el lóbulo a extirpar con una tela de hule y perforada para evitar las adherencias, Reincisión, liberación del lóbulo, ligadura con seda trenzada del hilio del lóbulo enfermo. El autor prefiere no cortar el hilo sino dejarlo desprenderse solo, 1.0 o 12 días o amputarlo a los 5 días.

Tratamiento de la herida: Dejarla abierta si es tardía; si es precoz cerrar la piel con drenaje e instilaciones de Dakin.

Cu-ando se deja necrosar el lóbulo y ya caído se quitan las ligaduras y taponamientos de grasa. La cavidad resultante disminuye pronto y al cabo de 3 a 4 meses ha desaparecido, dejando apenas unas impresiones con aberturas brónquicas que se cauterizan. Por último puede practicarse una autoplastía para reparar la brecha.

La resección de un lóbulo pulmorar entero es una operación grave; da una mortalidad de 53.4 por 100 sobre 127 casos en donde no han sido aplicados los perfeccionamientos actuales de la técnica.

En una serie de 115 casos procedentes de 8 clínicas especiali-

zadas no da sino un 21.5 por 100 de 'mortalidad.

Alexander ha practicado de enero del 28 a abril de 32, 18 lobectomías totales con 3 muertos o sea 16.66 por 100.

Seis con la técnica enunciada sin un solo muerto. Se trataba de bronquiectasias básales graves; 4 completamente curados; 4 notablemente mejorados y casi curados; 1 sensiblemente mejorado. Ninguno agravado. Ninguno muerto en los últimos 8 casos operados.

A propósito del tratamiento quirúrgico de las pleuresías puru - lentas no tuberculosas de la gran cavidad

P. Jourdan en tesis de Parí,; expone después de consideraciones anatomo-patológicas que buen número de pleuresías purulentas agudas llamadas de la gran cavidad, operadas tardíamente son realmente derrames limitados entre el raquis y la línea axiliar media y 'propone la denominación de pleuresía costal posterior.

Hay tres categorías de procedimientos operatorios:

1º—Los que abren y drenan la pleura ampliamente sin preocuparse de estancamiento del pus y la permanencia del neumotórax.

20—Los que después de la abertura de la pleura y evacuación del contenido istalan un drenaje irreversible.

3º—Los que tienen por fin resvalar en un espacio por frotamiento un sistema de drenaje irreversible sin explorar ni evacuar completamente la cavidad.

Describe la técnica de cada uno de ellos e insiste sobre lo? cuidados post-operatorios: curación diaria, busca de una retención purulenta, apreciar la proximidad del pulmón, interpretar la curba térmica, fecha de supresión del drenaje.

La pleurotomía a mínima consiste en introducir por medio del dilatador a tres ramas usado para traqueotomia un tubo rígido y conectarlo con un sifón . Si bien se reduce casi a nada el neumotórax y el Shock operatorio no da seguridad al punto de vista evolución pleural. Sin embargo permite una gran mejoría del paciente y practicar después cualquier otro procedimiento.

Crítica los experimentos físicos apoyándose en que no es lo mismo un pulmón enfermo que una vejiga de hule.

El autor se manifiesta francamente partidario de la pleurotomía amplia a condición de exquisitos cuidados post-operatorios. Rechaza los métodos de drenaje irreversible y concede a la pleurotomía mínima una seguridad del orden vital para casos donde no se puede pensar en una gran operación que el enfermo no resistiría. Jordán dedica importante parte de su trabajo al estudio de las indicaciones operatorias reprobando enérgicamente la idea de que no debe intervenirse sino en casos de fracazo médico y como último recurso. Estudia las pleuresías al punto de vista bacteriológico con la operación conveniente a cada una de ellas y luego apartándose de ese concepto trata las operaciones en sus grandes líneas.

Termina haciendo patente para evitar las reintervenciones debe evitarse la fistulización del tórax y esto se consigue operardo en el curso del segundo mes de evolución, toda pleuresía purulenta que camina hacia la cicatrización de la herida primitiva.

Un síndrome abdominal agudo de irritación peritoneal con derrame moderado y progresivo de líquido aséptico J. Meillere en la Prensa Medica de París, publica un trabajo destinado a individualiza[1]' un síndrome clínico debido a inundación progresiva y sub-aguda de la cavidad peritoneal por un liquido aséptico, particularmente la sangre. Caso típico, ruptura expontánea del baso.

Se caracteriza el síndrome: Al principio por un dolor vivo sobrevenido en momento de un esfuerzo que se calma; después de un intervalo variable un malestar abdominal con punzadas sordas, nauseas, movimientos intestinales, constipación, emisión escaza de gases; fatiga, postración lijera, fiebre 389, pulso rápido, facies pálido pero no peritoneal, lengua saburra!

A la palpación, meteorismo no hay ondulaciones peristálticas. Regiones lombares y fondo *ÚB* Douglas dolorosas. El autor insiste sobre la palpación abdominal que da sensación de tensión con sensibilidad difusa en la parte baja del epigastrio y fosa ilíaca y cierta defensa que no es la contractura. Hay timpanismo con desaparición de la macidez hepática.

Amén de un derrame sanguíneo, el autor declara que el síndrome puede ser producido también por una ascitis de formación rápida, ruptura de un quiote hidático, ruptura de una viscera; hemorragias post-operatorias por insuficiente hemostasis o hemoperitoneo residual operatorio.

En resumen dice Meillere, los derrames de sangre intraperitoneales se traducen por síndromes variables. Aparte los estados anémicos que pueden dominar el cuadro clínico del hemoperitoneo produce una irritación serosa traducida por sensibilidad dolorosa, defensa muscular y parálisis intestinal. De constitución lenta o rápida según sea la hemorragia y difundido o localizado a una región cualquiera.

Tratamiento operatorio de la ptosis gástrica. Principios directores.

Pribram de Berlín en el Gentralblatt fur **Chirurgie,** defiende el tratamiento quirúrgico de la ptosis a condición de una correcta indicación. No es suficiente la constatación clínica o radiológica de una caída del estómago. Se necesita que haya trastornos funcionales y ausencia de toda otra causa que pudiera explicarlos. Normalmente las visceras están sostenidas a manera que su peso nunca se hace sentir. Signos esenciales de ptosis gástrica, son: Dolores, nauseas, sensación de plenitud después de las comidas, agravación de estos síntomas sentado o de pie, desaparición acostado en decubito dorsal, impresión que siente el enfermo al volverse de un lado para otro de un saco lleno que se desplaza de derecha a izquierda y de arriba a abajo.

Se complica a menudo de estasis duodenal. Tal es la ptosis pura mejorada por la intervención.

Los fracazos son debidos a malas indicaciones.

Resecciones gástricas y gastroenterostomías condenadas.

Único tratamiento: Gastrorrafia combinada a gastropexia a condición que sólo se trabaje sobre la porción vertical del estómago dejando libre el antro y el píloro.

El autor emplea la técnica siguiente: Exteriorización del estómago hilvanar en la porción vertical de la pared anterior a partir de la curbadura mayor y lo más alto posible 3 o 4 hilos que se anudan conservando largos los cabos. Así se consigue la plicatura. Es inútil y difícil hacer lo mismo en la pared posterior.

Para fijar el estómago se reconocen las inserciones del diafragma y el espacio intercostal, inmediatamente subyacente y allí se marcan tres puntos sobre la piel. Por cada punto se introduce una aguja de Reverdín curba que trae un hilo y después el otro de la misma sutura pero en

otra dirección. Así se pasan todos y luego se anudan, se cortan al ras y se introducen haciendo resyalar la piel.

Pribram ha operado 24 enfermos desde 11 años. Ha vuelto a ver 13 uno de ellos el primero y están curados completamente 8 y 5 muy mejorados.

Complicaciones urinarias de la apendicitis

Lepoutre de Lille en el Journal Belge de Urologie, insiste sobre la frecuencia de manifestaciones urinales en el curso de la apendicitis que pueden inducir a error y crear complicaciones.

19—Hematurias en apendicitis agudas debidas a Nefritis aguda y en apendicitis crónica a infartos renales o a nefritis infecciosa y aun al síndrome entero-renal.

29—En apendicitis con apéndice a inserción baja se pueden observar todas las reacciones vesicales desde la simple disuria hasta la retención completa.

3° — Abcesos apendiculares pueden abrirse a la vejiga *y* constituir fístulas entero-vesicales.

Ruptura traumática del hígado

. F. Bertrand de Tolosa en Boletines y Memorias de la Sociedad Nacional de Cirugía de París, publica las observaciones *do* una contusión del hígado evolucionando en dos tiempos separados por 3 días durante los que el individuo trabajó. Bruscamente le sobrevino un dolor intenso en la región supra-omblical con vómitos teñidos de sangre, aceleración progresiva del pulso y subicteria. Al laparotomizar se constató un estallido en estrella de la convexidad del lóbulo derecho del hígado. . Taponamiento y curación.

*Consideraciones sobre el tratamiento de las fracturas **expuestas** de la pierna*

Ch. Van Beken, ha levantado la estadística del servicio del Profesor Jean Verhoogen de 1903 a 1930.

Sobre 95 casos divididos en 7 series según la extensión de *la* herida cutánea los resultados han sido los siguientes:

1?—7 casos, 4 curados por inmovilización en yeso en 2 **meses;** y en 4 meses después de debridamientos secundarios pero **CGYI** solidación viciosa; 1 osteosintesis seguido de osteitis y pseudartrosis; y 1 amputación por gangrena.

2º—31 casos, 18 curados entre 45 y 90 días, 1 con osteosistesis; 2 suturas' con supuración secundaria pero consolidación en G0 días; 2 cerclajes con hilo de bronce seguidas de pseudoartrosis; 4 retardos de consolidación (200 días) por osteitis; 3 consolidaciones retardadas (110,120 y 180 días) ; 2 muertos.

3?—15 casos, 6 consolidados entre 35 y 53 días; 3 entre 93 y 120 y 3 muertos; 1 pseudoartrosis.

4?—6 casos, 2 consolidados entre 84 y 160 días; 2 amputaciones y 2 muertos.

Diagnóstico precoz de la Lepra

Diagnóstico precoz de la lepra por medio de las intradermo-reacciones con emulsiones de bacilo de Hansen, por Montañés. (Academia Española de Dermatología y Sifilografia, noviembre 2 de 1932.)

Comienza afirmando el interés que tendrá el conseguir un método de diagnóstico precoz *en* una enfermedad cuyo período de incubación oscila por lo general entre tres y cinco años y que en algunos puede llegar hasta treinta. Con este fin se han propuesto muchos métodos e infinitos han sido los autores que han propuesto técnicas fundadas en la intradermorreacción con extractos de lepromas. Las proteínas contenidas en estos extractos indudablemente desfiguraban considerablemente los resultados. Por- esto, se propuso conseguir un medio con el que pudieran eliminarse éstas sin lesionar ni destruir los bacilos de Hansen. Muchos fueron los elementos ensayados en este fin, resultando el más práctico la potasa al dos por ciento. La pulpa obtenida, después de filtrada para eliminar los restos de capa córnea existentes, y comprobada la existencia de bacilos, se calienta y, mezclada con una solución de ácido fénico al medio por ciento, se efectúa la inyección intradérmica de 0,2 ce, según la técnica habitual. A continuación y auxiliado por medio de gráficas, expone *los* resultados, de los cuales *los* más importantes son la abundancia de positividades que se observan en las formas nerviosas puras y la mayor cantidad de resultados de este género en Las formas mixtas cuanto más predomina el factor nervioso. En las formas cutáneas puras el índice de positividades es mucho menor. Estas reacciones "positivas so presentan dos días después de efectuadas, por lo menos, y están caracterizadas por una pápula que perdura bastante tiempo.

Ha practicado reacciones testigos con otros bacilos ácidorresistentes, principalmente con el bacilo de hierba, con rebultados completamente negativos.

Dr. Fernando Marichal Streber

Cirujano Dentista

TELEFONO 11-81 TEGUCJGALPA

Proyecto de ley para la lucha contra las enfermedades venéreas

Por su interés publicamos este proyecto de ley presentado a las Cortes Constituyentes:

El recrudecimiento de los males venéreos y sus deplorables consecuencias para el individuo y la sociedad, han sido motivo de constante preocupación en loa principales países y de la implantación de los más diversos medios de lucha contra dichas enfermedades.

Nuestro país no ha cooperado a esta labor con verdadera eficacia hasta 1918, en que dio impulso al criterio científico de la profilaxis por la terapéutica', encargó del servicio oficial a un grupo de especialistas competentes, ingresados por rigurosa oposición, y acordó la creación *ú¿* Dispensarios en las principales poblaciones.

Las medidas adoptadas no dieron todo el resultado que debieran, porque se implantaron cor. un criterio reglamentarista, reflejo de la legislación de vecinos países y 'expresión de un concepto tradicional e inadmisible desde el punto de vista científico.

Por otra parte, el origen inconfesable de los ingresos para el sostenimiento del Cuerpo médico y de los Dispensarios, que privaba de justicia y de decoro público la intervención del Estado en la Lucha contra las enfermedades venéreas, son motivo más que suficiente para que la República española, consciente de sus deberes y defensora de su dignidad, intente cambiar radicalmente la legislación para que tenga la necesaria eficacia.

En este proyecto de ley destacan tres hechos fundamentales: la imposición de un criterio abolicionista puro, la necesidad de que el Estado, con sus propios recursos, sostenga todos los medios precisos para la Lucha antivenérea, y la consignación expresa del tratamiento obligatorio de dichas enfermedades.

La realidad de los hechos, a los que el legislador debe rendirse, impone que se establezca un¡; estrecha unión con las restantes Instituciones de asistencia social encargadas de luchar contra la-i llamadas enfermedades populares. De igual modo es imprescindible que cooperen a la prevención de las enfermedades venéreas y de sus peligros los establecimientos dedicados a la vigilancia y asistencia de la mujer embarazada y los Institutos de Puericultura, que tantas veces presencia los funestos resultados de dichas enfermedades sobre la mortalidad y la morbilidad del niño.

Artículo lº Queda derogada la reglamentación de la prostitución en la República española.

Artículo 2? El Gobierno de la República no reconoce la prostitución como medio profesional de vida.

Artículo 3º Toda persona afecta de una enfermedad venérea en período de contagio está obligada a hacerse tratar por un médico, ya privadamente, ya en un establecimiento público.

Artículo 99 Misión preferente de la lucha antivenérea será e! descubrir los focos de contagio y esterizarlos en la medida de lo posible.

Para el logro de este fin, las autoridades sanitarias utilizarán los servicios de las instructoras de asistencia social y de cuantos elementos se estimen útiles.

Artículo 10. Las denuncias anónimas de contagio de una enfermedad venérea no serán tenidas en- cuenta.

Artículo 11. Todo médico que asista a un enfermo venéreo, estará obligado a entregar a éste, en el momento de la primera visita, una cartilla u hoja con instrucciones (que se distribuirá gratuita y profusamente por los organismos sanitarios oficiales), en la que de una manera breve, clara y concisa, se exponga el alcance y peligros de las enfermedades venéreas, así como las sanciones a que se expone todo individuo que abandone el tratamiento sin causa justificada.

Artículo 12. A los efectos exclusivamente sanitarios e independientemente de la responsabilidad y de la culpabilidad en su caso, el médico procurará informarse de la fuente de contagio cuando el hecho constituya peligro social, trasmitiendo a las Autoridades sanitarias las noticias que en este orden pudieran interesar a aquéllas.

Artículo 13. Se prohibe a los. médicos el tratamiento de las' enfermedades venéreas por correspondencia y los anuncios, en cualquier forma, de supuestos métodos curativos.

Artículo 14. Queda prohibido, expresa y terminantemente, a los farmacéuticos e 1 despacho, sin prescripción facultativa, de productos para el tratamiento de las enfermedades venéreas, de exceptúa la venta de medios profilácticos.

Artículo 15. Paja el debido asesoramiento de la Dirección de Sanidad y como Centro Superior de estudios venereológicos, se constituirá en Madrid un Instituto de estudios especiales, cuya principal misión será la de realizar toda clase de investigaciones científico-sociales conducentes al mejoramiento de los medios de lucha contra las enfermedades venéreas, organización de cursillos especiales y fijación de normas de lucha al servicio oficial antivenéreo.

Artículo 16. Al objeto de evitar una duplicidad de servicios y dada la necesidad de coordinarlos todos para el mejor resultado de la lucha global contra las enfermedades evitables, los Dispensarios oficiales antivenéreos dependerán en un todo de la Autoridad sanitaria provincial, figurando al frente de ellos un médico oficial de la Lucha, que, como delegado de dicha Autoridad, ejercerá el cargo de director. A este mismo fin y para hacer más estrecha la interdependencia de todas las Instituciones sanitarias provinciales, se procurará que los Dispensarios antivenéreos de instalen en los Centros sanitarios dependientes de la Inspección provincial de Sanidad.

Artículo 17. Los Dispensarios antivenéreos instalados en poblaciones que no sean capitales de provincia o región, dependerán directamente de la Autoridad sanitaria provincial, la cual establecerá las relaciones de interdependencia de estos Centros

con otros sanitarios del Estado que pudieran existir en la localidad.

Artículo 18. Los **Dispensarios** antivenéreos sostenidos por Diputaciones, Ayuntamientos, entidades y aun los sostenidos por particulares, estarán sujetos u la inspección técnico-sanitaria del Estado.

Articula 19. ¡El Estado intensificará la enseñanza de las enfermedades venéreas en las Universidades.

Sanciones penales

Artículo 20. Todo el que mantenga casas de lenocinio, de ¿lanera ostensible o encubierta, será castigado con las penas de arresto mayor y multa de 1,000 a 10,000 pesetas.'

Artículo 21. Quienes ejerzan tercería en la prostitución y cuantos se lucren del trato sexual de las mujeres, serán castigados con las mismas penas de} anterior artículo.

Artículo 22. El que practique relaciones sexuales sabiéndose afecto de una enfermedad venérea en período de contagio, será castigado con las penas de presidio menor en su .grado mínimo **y multa** de 1,000 y 10,000 pesetas, a no ser que el Código penal imponga a los hechos sanción más alta.

Si el delito definitivo en el párrafo anterior se perpetrase *por* culpa, las penas serán de arresto mayor y multa de 500 a 5,000 pesetas, cuando los hechos no estuvieren castigados más severamente en el Código penal.

Cuando la persona expuesta al contagio es el propio cónyuge, sólo se podrá perseguir el hecho a instancia de la parte agraviada.

Artículo 23. Toda persona afecta de una enfermedad venérea que maliciosamente no cumpla con el tratamiento obligatorio establecido en el artículo 3? de esta ley, será castigado con arresto mayor y multa de 500 a 5,000 pesetas.

Si el enfermo omitiese por culpa la obligación de tratarse, será penado con multa de 250 a 2.500 pesetas.

Artículo 24. Los padres o tutores que dolosa o culposamente no se cuiden del tratamiento de sus hijos o pupilos enfermos de un mal venéreo en período de contagio, serán castigados con las penas establecidas en el artículo -anterior.

Artículo 25. Los padres o tutores que a sabiendas de la **enfermedad** venérea en período de contagio que aqueja a sus hijos o pupilos los entregaren a una nodriza para que los amamante, serán castigados con las penas de presidio menor en su grado máximo y multa de 1,000 a 10,000 pesetas, salvo que los hechos estén más severamente castigados en el Código Penal.

En caso de que el delito definido en el párrafo anterior se cometiese por culpa, las penas serán de arresto mayor y multa de 500 a **5,000** pesetas, salvo cuando los hechos se hallaren castigados en el Código Penal con sanciones más altas.

Artículo 26. La nodriza que a sabiendas de la enfermedad venérea que ella padece *en* período de contagio, amamantare a un niño, será de arresto mayor

cuando no esté sancionado en el Código con pena más alta.

Sanciones administrativas

Articulo 27. El médico que no diere en el término de cuarenta y ocho horas conocimiento a las Autoridades sanitarias de que el enfermo a quien asiste ha abandonado el tratamiento, conforme previene el artículo *5º* de la presente ley, será castigado con una multa de 100 500 pesetas.

Artículo 28. Los farmacéuticos que sin receta de facultativo despacharen productos para el tratamiento de enfermedades venéreas, salvo los medios profilácticos, serán castigados con la pena de multa de 100 a 500 pesetas.

Ponentes: José S. .Covisa, Enrique A. Sáinz de Aja, Julio Bejarano, José García de Diestro, Julio Bravo, doctor Echevarría, Estanislao Lluesma y Luis Jiménes de Asúa. — Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico.

Diagnóstico del Paludismo por la reacción de Henry

La reacción de Henry en el diagnóstico del paludismo, por Chorine V. (Revista di Malariologia, año XI, fase. 3, mayo-junio de 1932).

La reacción de Henry consiste en la precipitación de ciertos reactivos por el suero de los enfermas de malaria.

Los reactivos son esencialmente dos: uno de ellos está hecho a base de ciertas sales de hierro y el otro en una suspensión de pigmento melanótico. de la coroide del ojo del buey. La técnica de la preparación de esos reactivos y de su empleo para fines diagnósticos es descrita en esta memoria y en la que vamos *a* analizar después.

Las conclusiones a que llega el A. son las siguientes:

Del examen de 137 enfermos, podemos deducir:

1.—Las últimas modificaciones aportadas por Henry en la técnica de la reacción, las simplifican notablemente y hacen más fácil la lectura de los resultados.

2.—La lectura de los resultados es muy delicada, cuando la reacción es débil, especialmente cuando se trata de la ferroreacción.

3.—La reacción negativa significa la ausencia de paludismo.

4.—La reacción positiva solamente indica la probabilidad de paludismo.

5.—La reacción de Henry por sí sola permite hacer el diagnóstico de paludismo. ,

Las *reacciones de Henry en la infección malárica, por Corradetti A.* (Ibidem).

El A. expone detalladamente la preparación de los reactivos y describe su empleo. Hace luego una reseña crítica de la hipótesis enunciadas para explicar su mecanismo de acción. De sus experimentos personales, ejecutados sobre 158 casos, resulta que lo mismo lá ferrofloculación que la melanofloculación son especia-

ficas de la infección malárica, habiéndoselas encontrado constantemente negativas en ¡os sanos y en los individuos atacados por otras enfermedades. Hicieron excepción tres casos de **hemopatías** (una leucemia hemohistioblastica, una anemia de Biermer y una linfoademia leucémica) , las que presentaron reacciones netamente positivas, *si* bien la infección malárica fuera en ellos inexistentes en absoluto.

En los casos maláricos con infección actual, las reacciones se comportaban **del modo** siguiente: en un primer examen en *4'i* de 55 casos fueron positivas ambas reacciones o a lo menos la sola melano-reacción. Vuelto a sacar suero y repetida la prueba, los casos negativos se redujeron a cuatro. Es, pues necesario repetir las pruebas cuando haya fundada sospecha de malaria. En conjunto, en los maláricos actuales la ferro-fleculación resultó positiva en 83,63 % de los casos y la melano-floculación en el 92,73 por ciento.

En los maláricos crónicos la ferro-floculación era positiva en el 76 % y la melano-floculación en el 88 % de los casos.

La suero-floculación de Henry puede servir para confirmar el diagnóstico de malaria sin parásitos en la sangre periférica.

Acerca -de la reacción de Henry en la malaria, por Nanni C. (Giornale di Med. Militare, mayo de 1932)

Aplicó ambas reacciones (ferro-floculación y melano-floculación) en 138 casos. La reacción fue positiva en 19 casos comprobados también al microscopio. La positividad, *sin* embargo, aparecía recién después de un cierto número de ataques y no cambiaba ni al cabo de 30-35 días de cura química. Una vez, en dos casos en que se había empleado la plasmoquinina, la reacción resultó negativa.

La presencia de parásitos en la circulación se conciliaba con la positividad de la reacción, como ya había notado Sabatucci.

En 52 casos con malaria anaméstica o con malaria latente, hubo 84,6 % de reacciones positivas. De 13 paralíticos malarizados desde algún tiempo, reaccionaron positivamente 5 (luego de siete y más accesos febriles y antes de la cura quinínica o arsenobenzólica). De 24 casos sospechosos de malaria, reaccionaron positivamente 18, es decir, el 75 %.

Los 30 controles dieron todos resultado negativo, inclusive 7 luéticos no maláricos, con Wassermann positiva.

A veces la ferrofloculación era positiva y la melanofloculación negativa, y viceversa.

Deduce el A. que la reacción de Henry es de una especifidad casi absoluta en la malaria; puede proporcionar un método diagnóstico auxiliar y también permitir establecer un buen índice epidémico.

D.

Revista Germano Ibero Americana.

Algunas de las adiciones hechas a la Farmacopea americana en su última revisión

"El Médico y el Farmacéutico deben conocer a fondo las Farmacopeas de los países más importantes del mundo."

Los Comités de Revisión de la Farmacopea Americana, están formados por médicos y farmacéuticos, miembros de las sociedades científicas de su país, y profesores de las Universidades reconocidas por el estado donde funcionan.

Las sesiones, que cada diez años «se verifican en una da las grandes ciudades norte americanas — la última tuvo verificativo en el Hotel New Willard de Washington, D. C. — son diarias, y en ellas se decide por decirlo así, la categoría de los medicamentos, en la época actual, eliminando unos por inútiles, y colocando a otros entre los necesarios.

Uno de los hombres más capacitados, químico de reputación mundial, ha formado parte importante en el trabajo de las reformas introducidas a la décima revisión de la Farmacopea yanki: es el Doctor H. V. Arny, Profesor de Química de la "Columbia University[1] en la actualidad.

El nos explica en los diferentes artículos que al respecto ha escrito, que la lucha de opiniones ha sido reñida cada vez que se ha querido dar ascenso a al - gima droga tenida por muy útil, o a algunas cuyos efectos están aún en duda, y de propiedades que requieren observación más prolongada que la obtenida hasta ahora. Los Comités Directivos, fueron subdivididos en gran número de subcomités, para estudiar distintos trabajos ya fueran éstos de la incumbencia de los médicos, de los farmacéuticos, o de los químicos especialistas: caso se dio, en que la controvercia en la discución de algo de carácter esencialmente primordial e importante, fuera resuelto en sesión plena, y después de prolongadas discuciones.

Digno de observarse es el hecho siguiente: la última edición de la Farmacopea Americana, no da importancia a fórmulas compuestas de varios ingrediente.:., y si se la dio a productos biológicos, a las drogas crudas, a los aceites y sustancias galénicas, son la preparación de sustancias químicas orgánicas e inorgánicas: entre las drogas, gran número cayó de su pedestal, volviendo a su puesto algunas de las abandonadas hace quince años: otras como la escamonea fueron eliminadas por la dificultad de su obtención.

A pesar del tiempo que tiene ya de prestar sus servicios la nueva Farmacopea Americana, nos referimos a ella, y nos dedicamos en especial a hacer notar sus diferencias de las ante-

riores, porque deseamos hacer una costumbre entre los interesados médicos y farmacéuticos, el correcto uso de las Farmacopeas que se consultan en Honduras, a pesar de ser la Francesa la oficial: un estudio continuado de esta clase de libros, sería beneficioso bajo todo punto de vista, para los universitarios estudiantes de medicina y farmacia. La reforma más sobresaliente a la "reducida farmacopea" como la llama el Dr. Arny, es la siguiente: métodos más exactos y de fácil comprensión, para la fijación del valor de las drogas, incluyendo los de la determinación de las cenizas, de cenizas insolubles en ácidos, constituyentes volátiles, constituyentes solubles en éter, y los cambios de los análisis biológicos, de opcionales a obligatorios, para drogas como el acónito, ergot, digital y estrofanto.

En las últimas páginas, de la Farmacopea, se encuentran ensayos para los ácidos más importantes, para sales alcalinas de ácidos orgánicos, ensayos electrolíticos, y ensayos turbidimétricos.

De las sustancias químicas a las cuales no nos hemos referido hasta ahora, encontramos como nuevas el sulfato de bario para el trabajo de rayos X, el bifosfato de sodio, y la solución Dakin: ésta con la modificación de Kelly-Krantz, en la fórmula original: cambiando el tratamiento del cloruro de cal con fosfato de sodio y no con carbonato de sodio, que es del completo agrado del originador de la fórmula Dr. Dakin.

Entre las sustancias químicas de origen orgánico aumentadas en la última revisión, encontramos al ácido acetilsalicílico, etil-amino-benzoato (benzocaina), aceite de chalmuogra, y sus esteres etílicos, la amídopirina, proteínas de plata suaves y fuertes, arsfenamina, y neoarsfenamina (marcas americanas de 606), calioben, tetracloruro de carbono, carbromal cloramina, clorocosano, epinefrina, fenocarbitol, fenol-sulfoneftaleína, clorhidrato de procaina, etilcarbonato de quinina, etc....

Según el Dr. Arny, el establecimiento de normas para esta-s drogas, fue del trabajo exclusivo del Dr. G. D. Rosengarten, jefe del Comité de sustancias químicas de origen orgánico.

Se nota entre los cambios sobresalientes, la **determinación** de soluciones de sustancias químicas en su mayoría, en porcentajes por peso, y muy pocas en gramos, por cada cien centímetros cúbicos: entre los primeros tenemos el cloruro férrico, cloruro de zinc, agua oxigenada, subacetato de plomo, etc....

Sentimiento grande debe haber causado a los amigos de las viejas fórmulas, el desaparecimiento de compuestos tan apreciados como el extracto de genciana, la infusión compuesta de sen (muy prescrita en Honduras) , la solución de Monsel, magnífica fórmula antiséptica a base de fenol y borato de sodio, glicerina, etc.... píldoras de ioduro de hierro, (que dicen los que están registrando ahora esa vieja especialidad?) jarabe de hipofosfitos y el ungüento citrino (dolor de cabeza de los estudiantes de farmacia, y todavía orgullo de la última revisión del Codex Francés).

Como detalles agregamos: ¿conoce el lector al "gluside," al matenamina? nos parece que sí: viejos son en las Farmacopeas pero no con ese nombre.

La lectura lenta de la última revisión de la Farmacopea Ame - ricana, nos ha dado material para el artículo presente: mucho nos ha sugerido la lectura de comentarios escritos por autoridades, como los de los Doctores **Arny** y Griffith: repetimos que es nuestra opinión, que tanto el ¡médico como el farmacéutico y los estudiantes de ambas profesiones, deben penetrarse del propósito de las farmacopeas extranjeras, para que pronto empecemos a elaborar la muestra.

Guillermo E. Durón.

Profesor doctor Friedrich Fulleborn

El 9 de septiembre de 1933 se llevó para siempre a nuestro paternal amigo y maestro de la medicina tropical. La muerte *pie* para él liberación de un incurable y atormentador padecimiento cardíaco; para nosotros la irreparable pérdida del genial caudillo. Solamente tres años ¡o fue dado a FÜLLEBORN dirigir el Instituto de Enfermedades Tropicales de Hamburgo, como sucesor de BERNHARD **NOCHT,** con quien en celosa colaboración fundó y engrandeció tan prestigioso Centro humanitario y científico, modelo de cuantos le siguieron. A él dedicó su trabajo, tan coronado por los 'más brillantes éxitos, durante 32 años. Sin FÜLLEBORN, no ha podido ni puede ser imaginado el Instituto de Enfermedades Tropicales. Hombre de nobleza y bondad poco comunes, con su cabeza clásica, cual tomada de un cuadro de antaño, su profundo y variado saber, su entendimiento en todos los dominios de la ciencia y de las bellas artes, su inquebrantable rectitud frente a todos y todo, fue y será siempre resplandeciente faro de nuestras obras y pensamientos.

En el África Occidental Alemana, donde trabajó FÜLLEBORN durante 35 años, como médico de las tropas de guarnición, era llamado por los naturales del país "Bwana hapana pumzika" (el hombre que jamás descansa de su trabajo). En realidad, toda su vida fue trabajo, trabajo grande y fecundo.

Solamente la Parca vencedora de todo lo humano ha podido obligarle al descanso. **¡Ahora** descansa FEDERICO FÜLL3-BORN! Pero de ninguna manera podremos creer en su muerte. Inmortal vive y vivirá siempre entre nosotros, despuntará en las 'generaciones venideras su espíritu de gigante reflejado en la grandiosidad de su obra, de cuyas puras aguas seguiremos bebiendo toda nuestra vida sus innumerables amigos y discípulos diseminados por el mundo entero. Esta obra tan grande ,tan noble, tan humanitaria, es semilla fecunda para todos les tiempos.

Todos nuestros esfuerzos se encaminarán a honrar su memoria continuando su obra por Ú derrotero que él señaló. Así lo hemos jurado al borde de la tumba de nuestro inolvidable amigo, genial investigador y modelo de lealtad alemana.

P. Mühlens.

De Revista Germano Ibero-Americana.

Tratamiento de las Disenterías

Manson-Bahr recalca los dos principios del tratamiento de **las** disenterias, a saber, erradicación de la causa, y mantenimiento del estado general del enfermo. La dieta reviste suma importancia, pues la diarrea constante deshidrata al enfermo, a quien envenenan al mismo tiempo las toxinas. Debe suministrarse liquido a pasto por vía bucal, comprendiendo limonada, agua de cebada, caldo, etc. Una dieta láctea no se tolera bien. **El** opio y otros sedantes deben ser utilizados con toda cautela, a fin. de aliviar los molestos cólicos y el tenesmo, y para obtener descanso y sueño, pero no para curar el mal. Los aperitivos, tales como sulfato de magnesio o de sodio), mantienen el intestino limpio, y al mismo tiempo arrastran consigo las toxinas. Lo habitual es suministrar sulfato cié sodio a dosis de 4 gramos cada dos horas en las primeras 48 horas, y después 4 veces diarias hasta que cedan los principales síntomas disentéricos y las deposiciones se vuelvan más feculentas. Ciertos observadores han comunicad:» resultados igualmente buenos con el ruibarbo y aceite de ricino. Cuando persiste una diarrea colérica **después** de pasar el período de los flujos sanguíneos y mucosos, pueden surtir efecto el caolín coloidal o el bolus alba (mezcla de carbón y caolín) suspendidos en agua, a dosis de 3 cucharaditas cada dos horas. El yatrén, ya en pildoras o en lavados rectales al 2.5 por ciento, ha surtido beneficio en casos resistentes. La seroterapia en la disentería bacilar va cobrando cada vez mayor boga. Los mejores sueros son los más ricos en antígenos de Shiga, por ser éstas infecciones las más graves. Las dosis de ,suero deben ser masivas y. administradas cuanto antes en la enfermedad, sobre todo en los niños pequeños. Las indicaciones del suero básanse en el estado general del enfermo. En los **casos** muy graves y fulminantes, hay que inyectarlo lentamente y des - pues de calentado y filtrado. De haber mucho síncope e hipotensión, inyéctese al mismo tiempo medio litro de suero fisiológico. Hay que resguardarse contra anafilaxis, averiguando si se ha inyectado suero equino algún tiempo antes. El suero es aparentemente absorbido con mayor rapidez por vía intramuscular que por la subcutánea, y la primera es también mucho menos dolorosa. Los adductores del muslo o los glúteos pueden ser utilizados. A veces quizás haya que administrar 50 o hasta 100 ce. La seroterapia va a veces seguida de complicaciones molestas hasta 7 o 10 días después, pero es posible impedir las más importantes con el lactato de calcio a dosis de 1.3 gramos diario. La disentería bacilar se acompaña de varias complicaciones, entre ellas artritis e iritis, y éstas a su vez, de pirexia y síntomas generales de intoxicación durante la convalecencia. Para la artritis, lo mejor es el calor irradiado, el masaje y los 'vendajes de Scott; para la iritis, las viseras y la atropina a gotas. La forma crónica de la disentería bacilar, que es en realidad una

diarrea crónica, es muy rebelde al tratamiento. Lo mejor contra ella es el lavado intestinal, reservando las operaciones, como la apendicostomía y la cecostomía, para los casos desesperados. Para los lavados, puede utilizarse el bicarbonato de sodio al 2 por ciento en agua caliente o el **eusol;** comenzando con una dilución al 10 por ciento en agua, y llegando hasta el 40 por ciento. Esas inyecciones deben ser muy lentas, y en días alternados. A fin de evitar el estreñimiento postdisentérico, el enfermo debe tomar por mucho tiempo parafina líquida y petrolagar, a dosis-de una cucharadita cada noche. En el régimen hay que volver muy gradualmente a la carne roja y los alimentos amiláseos. El alcohol debe ser prohibido por lo menos hasta 2 meses después de la curación aparente. De sobrevenir una colitis postdisentérica, las simientes de *Psyllium* o zaragatona *(Plantago ovata)* pueden resultar beneficiosas, ya masticadas o remojadas en agua. En la disentería amibiana, la farmacoterapia es -muy específica, pues se cuenta con la emetina administrada en forma de clorhidrato disuelto en las ampollas de agua destilada de 1 ce. La dosis para un adulto que pese 63.5 k??. es de 6.5 cgm.. pero el total no debe pasar de 60 cgm. y debe esparcirse durante un período de 10 días. De otro modo, se corre el peligro de una intoxicación grave. En las formas más cróna-

cas de la amibiasis, se ha introducido un yoduro bismutado de emetina en forma de polvo, que es administrado en cápsulas cubiertas de gelatina de 19.5 cgm.. que en 12 días forman un total de 2.34 gm. Durante todo ese periodo, el enfermo es mantenido exclusivamente a leche. Además del yoduro, se han probado el peryoduro de emetina y la auremetina que, según dicen, pueden administrarse a dosis mayores, aunque corriendo el riesgo de la emesis. Hay que preparar siempre el enfermo antes con una dieta ligera y compuesta principalmente de un litro de leche, pescado o pollo al mediodía, huevos, tostada y mantequilla. No puede consumirse alimento sólido por tres horas antes del medicamento, y conviene administrar un sedante, tal como luminal (6.5 cgm). o tintura de opio (06.ce.) 'media hora antes. Desde 1922, ha entrado en uso el yatrén, que el autor ha empleado en más de 200 casos con resultado sumamente satisfactorio, en forma de inyecciones rectales. Después de limpiar el intestino por medio de un enema de bicarbonato de sodio al 2 por ciento, el yatrén es introducido a la media hora, disolviendo 5 gm*. en 240 ce. de agua tibia, e inyectándolo lentamente. La solución debe ser retenida el mayor tiempo posible, y por lo común de 6 a 8 horas. El autor combina el yatrén y el yoduro administrando 1.75 gm. del último y 10 enemas del primero en otros tantos días. En dos caso? de recidivas, otra serie de yatrén los curó, y en estos casos rebeldes puede emplearse el yatrén hasta al 5 por ciento. Como posttratamiento, puede utilizarse el estovarsol a dosis pequeñas: una pastilla diaria por 14 días, pero con mira siempre a la intolerancia para suspenderlo. Al mismo tiempo, se administra una pastilla de yatrén cada noche por un mes. En las disenterías helmínticas, se necesita eliminar los vermes causantes. En la esquistosomiasis se emplean inyecciones intravenosas de tartrato estibiado, comenzando con dosis pequeñas de 3.25 cmg. y subiendo gradualmente hasta 16.25 cgm. Parece que se necesita un total de 1.75 a 2.6 gm. La terapéutica intravenosa no cura perfectamente las lesiones intestinales, pues de haber pólipos grandes quizás haya que extirparlos. {Manson-Bahr, P.: *Lepr. Rev.,* 113, jul. 1932).

Of, Sanitaria Panamericana.

Alopecias y Seudoalopecias

El Dr. Antonio Aurelio Fernández, docente del Servicio de Enfermedades de la piel del Hospital Italiano de Buenos Aires, dictó dos importantes lecciones sobre alopecias y seudoalopecias las cuales aparecen publicadas en el número 376 de la Revista del Círculo Médico Argentino.

De dichas conferencias extractamos los párrafos siguientes:

Donde normalmente debe existir pelo y por motivos diversos está ausente, el clínico dirá Alopecia.

Lo anterior quiere significar, que no se puede hablar de alopecia de palmas de las manos, planta de los pies, etc.

El pelo forma parte de un grupo de elementos protectores llamados por los biólogos faneras.

El lugar de implantación del pelo constituye el folículo piloso en el fondo del cual se levanta la papila. Anexo se encuentra la glándula sebácea. El pelo propiamente dicho se compone de raíz y tallo.

La palabra alopecia significa verdadera falta de pelo en el folículo, porque estando roto en su porción extrafolicular y conservado en la intrafolícular solo se tratará seudoalopecia o alopecia aparente.

El vocablo alopecia significa también en el lenguaje dermatológico, caída general o parcial del cabello o pelos.

La falta de pestaña y cejas se llama madarosis.

La alopecia puede ser parcial y general o total, circunscrita, natural o fisiológica y mórbida; de causa externa o interna; idiopática o sintomática, con o .sin lesiones aparentes, etc.

Las causas alopeciantes son múltiples, a veces realmente difíciles de interpretar y clasificar, bastante a menudo obscuras.

La clasificación que parece más razonable es aquella que se basa en la etiopatogenia..

Cuando nos encontramos en presencia de alopecias o seudoalopecias parasitarias típicas, la experiencia nos enseña que suprimiéndole a los gérmenes todo alimento o lugar propicio para vivir (haciendo caer el pelo, aplicando antisépticos, tonificando y reforzando las defensas naturales) la marcha *de* la curación será más rápida.

La clasificación que copio a continuación dará una idea más exacta del presente tema.

1º *Alopecias traumáticas.* — Estas pueden ser directas o traumáticas propiamente dichas. Indirectas, tales como avulsión de cabellos o pelos, fricciones, rascado, etc.

2º Alopecias dependiendo de enfermedad local.—Por mala higiene, por parásitos definidos, por enfermedades propias del pelo de naturaleza poco conocida y por enfermedades locales, cuya razón en principio es poco conocida, constituyendo entonces la alopecia un síntoma dominante o un epifenómeno.

3º Alopecias dependiendo de trastornos de orden general.— En esta variedad se incluyen las alopecias congénitas no acompañadas de distrofia pilar. Las alopecias dependiendo de en-

fermedades intercurrentes definidas o de intoxicaciones tales como las correspondientes a enfermedades agudas generales, enfermedades crónicas, sífilis, afecciones del sistema nervioso y causas tóxicas y medicamentosas.

Las alopecias dependiendo *de* trastornos de la nutrición general y predisposición hereditaria o adquirida, las cuales pueden ser congénita, senil, seborreica y. prematura idiopática.

Entre las alopecias mencionadas en las tres variedades anteriores, merecen especial mención.

1º—La tricotilomia de Hallopeau (tricomanía de Besnier) que consiste en la manía de ciertos sujetos de arrancarse los pelos. Estos sujetos ofrecen a veces signos de histeria, taras diversas y signos de desequilibrio psíquico.

2ºLas trícomicosis, entre las cuales se menciona la piedra *o* tricosporia nudosa. Los pelos atacados de piedra dan al tacto sensación de rugosidad y aspereza como si tuvieran liendres, tratándose de nudos blancos o negros compuestos de esporos gruesos, aglutinados bajo la epidermis del pelo. El pelo de las axilas de personas poco aseadas puede contener el leptótix de Wilson o tricomicosis palmellina de Pick que con la hiperhidrosis local fragilizan el pelo p-ara hacerlo caer.

39 Alopecias por microbios de la supuración o piococos. Entre éstos hay que citar e! impétigo de Bocghardt o estafilocóccico que es una osteofoliculitis; .sicosis cuando se hace crónica *en* las regiones pilosas, como la barba.

49—Alopecias por enfermedades propias del pelo de naturaleza poco conocida,'tales *como* Ja tricoclacia, en la cual los pelos se fracturan y acortan sin; lesión previa visible; la tricoptlosis o fisuración longitudinal en los extremos de los cabellos o pelos de la barba; la tricorrexis nudosa y. la aplacía anonoliforme o monilerix.

5º La seudopelada de Broqo, que se inicia por pequeñas manchas rosadas lenticulares o algo más grandes, asentando sea sobre el eccipucio o en la parte media del cráneo, yuxtaponiéndose y formando una gran placa blanca y lisa como la pelada verdadera, pero cicatricial y algo deprimida.

6 La foliculitis depilante do Quinquanud o Acné decalvante de Lallier, cuyo diagnóstico se impone por la existencia de lesiones foliculares desorganizadoras y por consiguiente con tendencia a dejar cicatriz.

7º La ptiriasis rubra pilosa, cuya eflorescencia característica es una pápula folicular escamosa de color rojo o rosado, acuminada, con forma de cono truncado y seca.

8º Las queratosis foliculares entre las cuales hay que mencionar la queratosis pilosa roja simple, la foliculitis rubia de Wilson o queratosis roja atrofiante de la cara de Brocq; los acnés córneos de los franceses o queratosis foliculares acuminadas o liquen espinoso o espinuloso. Es-

Eller Munich, investigaciones serológicas en la fiebre terciana provocada en pacientes no sifilíticos Zeitschr. f. Inmunitatsforsch. 1932, 74, 397

La existencia de reacciones positivas, por de pronto no diferenciables por el análisis serológico en la sífilis y paludismo, mereció siempre gran interés y tiene suma importancia práctica, tanto para la teoría, como para la terapéutica. Esto es -así sobre todo en los países donde se presentan al mismo tiempo sífilis y paludismo, frambesia y paludismo, o sífilis, frambesia y paludismo. Se ¡hace un análisis crítico de los datos de la literatura y observaciones de otros autores.

Las investigaciones serológicas del autor (Wassermann, Sachs-Georgi y Menicke) se extienden a 168 enfermos de gonorrea, confirmados como libres de sífilis, con 822 investigaciones, y a 22 casos de sífilis seronegativos en el momento de La inoculación palúdica, con 139 investigaciones. De los 822 sueros de los gonorreicos (168 casos) libres de sífilis e inoculados con paludismo, dieron 274 un resultado positivo con una o varias de las 3 reacciones; 543 dieron resultado negativo. El hallazgo positivo de las 274 pruebas de suero, fue debido a la infección experimental de terciana. La serorreacción, negativa antes de la infección y después del comienzo de ésta, se volvió positiva después del sexto ataque o noveno día de fiebre (lo más pronto después del tercer ataque y al quinto día de la fiebre). El cambio de la reacción negativa a positiva, se puede efectuar con mucha rapidez. La infección palúdica provocada fue interrumpida por lo general a los 7 a 10 ataques, raras veces a los 11 a 14 ataques. Las serorreacciones se volvieron negativas por término medio a los 16 días de interrumpida la infección palúdica; en un caso la RWA era todavía débilmente positiva a los 35

---

tas foliculopatías fragilizando el pelo, terminan por hacerlo quebrar y desprender, dándonos la sensación de su ausencia fseudoalopecias).

10. Calvicies debidas a seborrea grasa u oleosa con parasitismo (bacilo botella) abundante hiperhidrosis cefálica, a menudo eczemátides (eczema franelar medio toráccico o en la cara) con seborrea, comedones y todas las complicaciones que conducen al acné.

11. Calvicie de los digestivos; excesos funcionales del estómago, sistema nervioso tal como sucede en los escritores, periodistas, calculistas, etc.; excesos sexuales; bruscos cambios de temperatura locales; lociones o tinturas usadas intempestivamente, masajes, fricciones, etc.

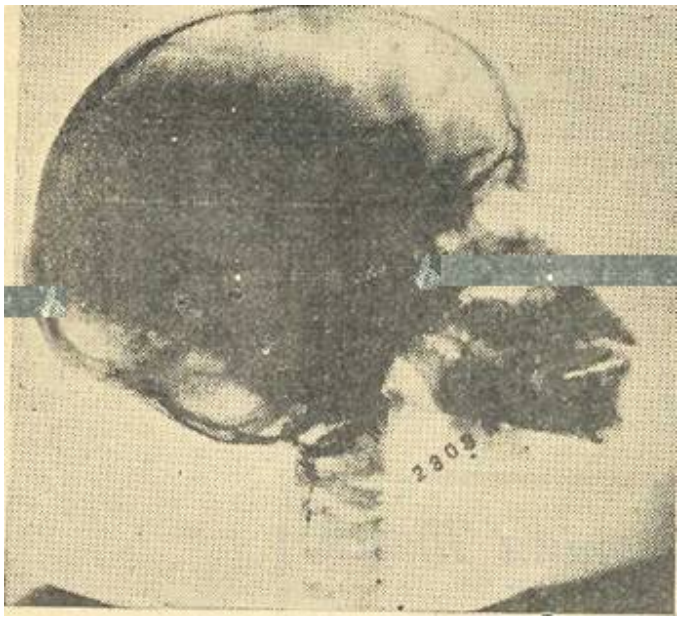
12.—Calvicies debidas a las glándulas de secreción interna y al sistema. nervioso autónomo. por sí o en acción congénita con las .glándulas. Finalmente, calvicie senil.

' *A. V.*

Tegucigalpa, Nov. de 1933.

días, pero a los 34 días se volvió también completamente negativa. La Reacción de Wasserman es la primera (de las 3 reacciones) que se vuelven positiva y queda así por más tiempo. E) "índice de error por paludismo" de la R. S.-G. es, por lo tanto, algo menor que el de la RWa. Todo palúdico que había pasado unos 8 ataques de terciana daba reacción positiva en el análisis efectuado en el momento del último ataque o 1 a 3 días después de interrupción. También la reacción de Kahn-Müller II, la de Meinicke y la de Citochol suelen ser entonces positivas, encerrando, por lo tanto, también un considerable "índice de error palúdico." En cambio la RMT resulta generalmente negativa, practicándola con el método señalado, aunque la RWa y la RSG sean positivas; su resaltado puede aprovecharse, pues, " en cierto grado, para el diagnóstico diferencial. Parece ser que en la sífilis y el paludismo se presentan en el suero de los enfermos productos de reacción cuantitativa y cualitativamente diferentes, como lo señala el resultado generalmente negativo de la RMT en el paludismo provocado. lo mismo que se supone en la sífilis, la serorreacción positiva en el paludismo no es una reacción de inmunidad por cuerpos inmunizantes. Sonneschein (hamburgo).

Un caso de fractura conminuta de la bóveda craneana con desgarradura de las ¿meninges y destrucción de tejida cerebral. Operación. Curación.



F. A. de diez años de edad, avecindado en Jacaleapa, ingresa al 2º Servicio de Cirugía de Hombres del Hospital General el día 5 de noviembre del presente, a curarse de *un golpe* de la parte anterior derecha de la bóveda craneana.

Historia

Refiere el padre del niño que tres horas antes, su hijo ha recibido en la frente una fuerte coz de una bestia. Que el golpe ha sido intenso, pues inmediatamente cayó sin sentido y con hemorragia profusa. El niño volvió en sí a los 20 minutos después del accidente.

Examen regional

Al examinar el cráneo, descubrimos una gran herida contusa situada en la región anterior del hemi-cráneo derecho; la atrición del cuero cabelludo considerable y un gran colgajo de éste deja ver denudada y fragmentada una parte bastante extensa del hueso frontal correspondiente. No ha habido hemorragias nasales, ni óticas. Tampoco existen equimosis subconjuntivales ni orbitarias.

yuvantes en el tratamiento médico del cáncer. Uno de ellos la quinina en inyecciones intramusculares, actuando como estimulante de los medios normales de defensa.

El extracto de raíz de ipecacuana asociado al tartrato de antimonio y potasio ha obtenido en algunos neoplásicos el cese de las manifestaciones patológicas.

Pérez Cabral y Rodríguez de la Cruz descubrieron por un hecho casual la tolerancia extraordinaria de los cancerosos por Ja estricnina la han aplicado en el tratamiento de tumores. Como dosis inicial administran en inyecciones .subcutáneas 15 miligramos el primer día, aumentando hasta 40 y 80 miligramos y han comprobado algunos casos curados.

Medicaciones de origen orgánico Se ha puesto en práctica la Seroterapia anticancerosa. Richet y Doyen pusieron grandes esperanzas en la aplicación de este método y llegaron a observar regresión de los tumores al punto de transformar en operables casos que no lo eran.

*La Organoterapia específica por extracto de tumores.—Del*bet y Rowsing administraron emulsiones de tumores por vía subcutánea, dando resultados favorables en los sarcomas; y el tratamiento por el tejido de curativo desecado y conservado es muy alentador y consiste en la sedación del dolor y disminución o desaparición de las hemorragias.

Organoterapia por extractos fetales.—Por la anología conocida entre los tejidos neoplásicos y los embrionarios, era de toda lógica ensayar también los extractos fetales en la terapéutica del cáncer; y es lo que han hecho varios investigadores, constatando la estimulación general del organismo, el aumento del metabolismo basal y la mejoría evidente del estado general.

. .Leucociterapia. — Dufour comunicó el resultado interesante de tres casos de cánceres tratados con inyecciones de pus aséptico en suspención en una solución de urotropina.

. Tratamiento por la acción de los microorganismos. Esta terapéutica parece actúa r de una manera casi específica sobre los diferentes casos de sarcomas. Coley emplea por vía intraveno-

sa las toxinas del estreptococo de la erisipela. Ha tratado 163 linfosarcomas inoperables y ha obtenido 26 éxitos.

Autohemoterapia, Transfusiones, Proteinnoterapia. — Se ha. empleado extensamente la autohemoterapia y si bien no se han obtenido curaciones, si se han observado mejorías en los dolores y disminución del volumen del tumor. También las transfusiones con sangre de sujetos normales han demostrado su utilidad. En cuanto a la Proteinoterapia muchos autores la recomiendan como coadyuvante.

Opoterapia. — El tiroides, las glándulas sexuales que para Shefer constituyen los dos factores principales del equilibrio dinámico anticanceroso han sido empleados con éxito.

El timo, la glándula de la juventud, como se le ha llama-i :> ejerce una acción anticancerosa de las más netas.

El extracto esplénico, la insulina, las inyecciones de médula ósea joven han dado buenos resultados. En cuanto a la opoterapia hepática, suprarrenal *a* hipofisaria, los resultados no han sido tan brillantes.

HIPERTIROIDISMO

El Dr. Guiglialmini publica en Terapia sobre tema tan interesante un trabajo de síntesis y con vistas a una finalidad **práctica,** por lo que creemos útil transcribirlo a continuación:

ETIOPATOGENIA

El diagnóstico clínico del hipertiroidismo ha asumido gran importancia solo en estos últimos tiempos, después que la clínica ha permitido valorar mejor el conjunto de síntomas que hasta hace pocos años eran comprendidos dentro de la denominación de "enfermedad de Basedow frustra."

El síndrome de hipertiroidismo, excluyendo la enfermedad de Flaiani-Basedow **con** su sintomatología característica, era habitualmente rotulado como neurosis cardíaca o neurastenia, sin sospecharse su relación genética con la función; tiroidea.

El hipertiroidismo puede sei[1] provocado por causas varias. En primer término debe **colocarse** la introducción excesiva del iodo con fines terapéuticos en personas afectadas por un bocio, arterio-esclerosis, hipertensión arterial u obesidad.

La resistencia al iodo es muy variable de un individuo a otro. especialmente en la **pubertad,** durante la cual es mínima, observándose con frecuencia en **esta** época de la vida la aparición de síntomas de hipertiroidismo.

Hirsch señala aún la posibilidad de un hipertiroidismo estacional. En efecto, en el verano

existe aumento de la sensibilidad para el iodo, con aumento del M. B,, fenómenos debidos a la mayor cantidad de iodo que existe en las verduras, frutas, agua o en el medio ambiente durante aquella estación. Deberá atribuirse a tal causa el adelgazamiento presentado por muchas personas durante las curas balnearias marinas, siempre que no exista una causa más directa v evidente.

El sexo femenino es atacado con mayor frecuencia que el masculino, **Wallage,** sobre 550 casos observados, 252 eran mujeres.

SINTOMATOLO GIA El aumento del volumen del tiroides no están en relación cor; la intensidad de la sintomatología, pudiendo pequeños estrumas causar fenómenos basedowianos imponentes. Los primeros síntomas clínicos están constituidos por los fenómenos cardíacos y vasculares, que no sólo se imponen más que el aumento **glandular,** sino también con los *más* precoces entre los síntomas tiroi déos objetivos.

Las alteraciones circulatorias se acentúan a medida que el síndrome progresa. La forma y el volumen del corazón son normales: no es infrecuente observar un choque intenso, expresión **le** una concomitante hipertrofia del ventrículo izquierdo.

La taquicardia, que constituye uno de los síntomas más comunes de la hipercinesis cardiaca, se asocia a una mayor amplitud, lo que puede conducir después de un tiempo variable, a la hipertrofia primero y luego a la dilatación con todos los trastornos propios de la cardioinsuficiencia (estasis pulmonar, cianosis, hígado congestivo, disnea, oliguria, edemas.)

Tal situación es debida esencialmente a la deficiencia del miocardio: los exámenes histológicos han demostrado la presencia de focos de degeneración turbia y hialina del músculo cardíaco.

A veces el hipertiroidismo es asocia a la bradicardia; pero siempre es constante la labilidad del pulso al pasar de la posición erecta a la supina.

El ritmo por lo general es regular, pero pueden existir extrasístoles.

Más interesante *es* la auscultación: es fácil comprobar una fuerte acentuación del primer tono en la punta que podría nacer sospechar una estenosis mi-tral, con la diferencia que mientras en ésta el primer tono es neto y sonoro, en el hipertiroi-dismo es obscuro e impuro, acompañado de un soplo suave que ocupa el pequeño silencio y que presenta su maximun de intensidad en el foco aórtico. Este soplo probablemente esté en relación con la velocidad y con la fuerza de la contracción cardíaca, que lanza la sangre con violencia en la primera porción de la aorta. Si presenta mayor intensidad en el foco mitral, ello puede ser originado o por una insuficiencia de esta válvula *J* causa de la debilidad del miocardio o por defectuosa función de los músculos papilares, insuficientes para tener tensas las valvas de la mitral.

También el hipertiroideo acusa dolores en el área cardíaca., que pueden simular una angina de pecho. Son originados por la distensión del saco pericárdico, fácil de obtener en los casos de dilatación miocárdica.

La toxicosis tiroidea actúa también sobre la túnica muscular arterial, disminuyendo su tonicidad. Es frecuente entonces observar un pulso saltón y un doble soplo, similar al de la ir. suficiencia aórtica. La presión sanguínea se mantiene por lo regular normal.

Los otros síntomas objetivos que completan el cuadro en estudio son:

El adelgazamiento, generado por el aumento constante del recambio basal;

Un estado subfebril, que puede hacer creer en la iniciación de una bacilosis;

La frecuente alternancia do períodos de constipación y diarrea, asociados a borborigmos y aerofagia.

La causa. de estos trastornos radica en la alteración concomitante del sistema nervioso vegetativo y explica también la fácil sudación, las oleadas de calor al rostro, la fácil agotabilidad de la fuerza muscular y en la mujer la alteración del ritmo menstrual que puede llegar hasta ' i amenorrea completa, el temblor de las manos, el exoftalmo.

Los exámenes de la sangre revelan con frecuencia la existencia de una linfocitosis marcada con la leucopenia relativa. Esta linfocitosis debe ser considerada como la característica de la constitución particular del enfermo, predispuesto a los trastornos endocrinos.

En los casos graves (análogamente a lo que pasa en los bocios de gran, volumen), puede observarse la aparición del tipo del corazón por bocio.

La dificultad respiratoria causada por la compresión traqueal por la glándula hiperplásica y degenerada, determina una dificultad en la pequeña circulación con hipertrofia y dilatación cardíaca derecha; fenómenos estos que preceden la aparición de los graves trastornos generales de decompensación.

TERAPÉUTICA MEDICA El reposo no es un elemento esencial; pero él solo basta para reducir la taquicardia y la excitación psíquica. El tratamiento específico debe ser instituido desde el comienzo en todos los sifilíticos, así como el tónico en los tuberculosos; pero la terapéutica es sobre todo dirigida contra el corazón: la quinina y especialmente la quinidina a dosis fuertes {1,5-2 gramos diarios) tienen acción electiva sobre la taquicardia y los trastornos del ritme. Es empleada sistemáticamente en el preoperatorio bajo forma de Quinicardina o de sulfato de quinidina (3-5 sellos de 0.20 gramos al día). Es también muy útil la administración de pequeñas dosis de digital, quinina, preparados brómicos, derivados de la valeriana, belladona o atropina. En el insomnio recurrir a los hipnóticos.

La alimentación será pobre *en,* proteicos y dada la importancia del tripófano en la formación de la tirosina, se evitarán los alimentos ricos en substancias purínicas. Su ministrar por lo tanto abundantes hidratos de carbono, frutas y verduras frescas. Es indicada la permanencia en zonas montañosas (600-700 metros de altitud), evitando los climas marinos o las localidades donde existan surgentes iodados. Es útil la helioterapía, pero tomando las debidas precauciones.

Contra los trastornos gastrointestinales se recurrirá a los preparados comunes; en los vómitos dar agua azucarada e **insulina.** Los preparados arsénicales actuarán con beneficio sobre el adelgazamiento excesivo.

Muy aconsejable es la terapia antitiroidea con la antitiroidina; pero el medicamento esencial, cuyos efectos están hoy día bien estudiados, es el iodo. Administrado bajo forma de solución de Lugol (iodo 5 grs., ioduro de potasio 10 grs. agua destilada 100 ce.) y en dosis crecientes (X, después XX y XXX gotas), provoca una notable mejoría de los síntomas clínicos y ocasiona casi constantemente la caída del M. B.

La suministración de iodo tiene la finalidad de formar iodo**tirosina,** lo cual está indicada en los casos con fenómenos distiroideos.

TERAPÉUTICA FÍSICA Y ROENTGENTERAPIA

El tratamiento mediante los

agentes físicos (electricidad, radium, rayos X), se opone al quirúrgico; sin embargo, hoy día están casi abandonadas, porque sus efectos son transitorios y las recidivas aún más graves que el ataque primitivo. Pueden provocar crisis tóxicas de hipertiroidismo análogas a las que siguen a las intervenciones quirúrgicas y sobre la región tiroidea, manifestaciones tróficas que pueden tornarse en serio obstáculo para una operación ulterior.

Sin embargo la radioterapia es el medio terapéutico al que debe recurrirse cuando el tratamiento médico ha fracasado y la tiroidectomía no puede realizarse por el estado caquéctico o las graves lesiones viscerales concomitantes: series cortas, dosis débiles, repetidas 2 veces por semana, siguiendo de cerca las modificaciones clínicas *y* metabólicas quo se produzcan.

TERAPÉUTICA QUIRÚRGICA

El tratamiento médico es preferible siempre a cualquier otro; pero en los casos rebeldes cuando después de algunos meses, *de* cura regular y sostenida no se obtienen resultados apreciables, debe aconsejarse la intervención quirúrgica. En estos casos no es el tamaño del bocio el que debe decidir sobre la necesidad de la operación, sino la intensidad de los trastornos, ya que pequeños estrumas determinan a veces una sintomatología profusa.

Entre las múltiples intervenciones tiroideas, citaremos: la ligadura de la arteria tiroidea y la tiroidectomía parcial o total.

Para asegurar el éxito operatorio, será oportuno instituir una cura pre-operatoria: régimen alimenticio, reposo físico y psíquico, digital, quinina, sedantes, iodo. El tratamiento' iódico deberá ser continuado aún después de la operación.

Una contraindicación para la intervención quirúrgica la constituye el adelgazamiento, excesivo y el mal estado de las funciones orgánicas generales, con permanente desequilibrio cardíaco y metabolismo basal muy elevado.

En el hipertiroidismo la terapia médica halla en la quirúrgica su natural complemento. Es de la exacta cooperación entre ambas y el recto juicio médico, que el enfermo obtendrá los beneficios a que es acreedor en el momento actual de nuestros conocimientos.

Del Día Médico, Buenos Aire*.

Una nueva teoría médica del amor

El Amor enfermedad infecciosa

Por Ricardo Royo Villanova,

Catedrático de Medicina legal en la Universidad de Valladolid

El problema del sentimiento amoroso, no ha sido estudiado desde el punto de vista médico de un modo rigurosamente experimental, es decir, de una manera objetiva, hasta hace muy poco, en que un sabio médico francés, el doctor Paul Voivonel, enfocando el asunto desde un punto de vista exclusivamente clínico, ha llegado a conclusiones de gran trascendencia, considerando el amor, no como un proceso mental más o menos patológico, sino como una de tantas vulgares enfermedades orgánicas que afligen a la humanidad.

Si bien el mencionado doctor admite que los fallecimientos a consecuencia del mal de amores son todavía bastante raros, pues en la mayoría de los casos, en un período de tres meses a un año. sobreviene, por lo general, la curación completa, si se aplica oportunamente el correspondiente suero, no obstante, declara que la enfermedad ocasiona numerosas víctimas y compromete seriamente la salud de muchos infelices, no habiendo en toda la terapéutica actual, un solo remedio verdaderamente eficaz.

El doctor de marras, afirma muy seriamente haber descubierto que el -amor, el verdadero amor humano, no es más que una vulgar anormalidad patológica; un caso más de miseria animal, que cataloga en el más grosero capítulo de la patología médica; en el grupo de las enfermedades infectivocontagiosas. Afirma también, que como tal, tiene un tratamieto adecuado. que a veces puede adquirir caracteres de extrema gravedad, que se trata de una enfermedad endémica que puede adquirir exacerbaciones epidémicas, que las más de las veces cura radicalmente si se acude a tiempo y que no está lejano el día en que los progresos de la higiene y de la profilaxis puedan prevenir y aun suprimir del todo este terrible azote, casi apocalíptico, de la humanidad.

En realidad, no es nada nuevo este concepto, pues ya Hamilton decía que "el amor es un mal contagioso que vuelve frenéticos a los que le rodean." Un célebre misógino lo definió diciendo que era una fiebre "pasajera, que comienza con mucho ardor y acaba con un bostezo." Para Stendhal, "el amor es una fiebre que nace y muere sin la menor intervención de la voluntad." Por último, según Melshan, "el amor es una enfermedad que tiene tres períodos, deseo, posesión y saciedad." Como vemos, en todas estas definiciones, late un concepto del amor en el sentido médico de proceso infeccioso e incluso en la última, las fases señaladas por Meil-

han, coinciden con los clásicos períodos de la evolución de las enfermedades infectivocontagiosas.

Según Paul Voivenel, se trata de una enfermedad infecciosa de fecha relativamente reciente. En la antigüedad era casi desconocida o, por lo menos, cuando se manifestaba esporádicamente, se la consideraba, como una fortuna de locura y como tal era tratada, según los métodos, remedios y procedimientos que se empleaban en la antigüedad. En tiempos de los trovadores y hasta la época de Rousseau, el amor verdaderamente romántico, casi no existía, aún cuando existían, no obstante, algunas excepciones, que justificaban el concepto negativo. El amor, por lo general, no tenia nada que ver con el matrimonio. La finalidad de esta unión no era precisamente el amor, sino tener hijos o conseguir ventajas económicas y sociales. Sus tramitaciones y la conclusión del enlace matrimonial, más que cuestión de los presuntos enamorados era negocio de los genitores, como todavía sucede en algunos pueblos orientales. El mutuo conocimiento de los jóvenes contrayentes antes del matrimonio era nulo, .o todo lo más muy superficial y sólo en casos de reconocida e invencible repugnancia, plenamente justificada, *se* renunciaba a la boda.

Cierto que ya en la antigüedad se conocían historias de amor famosas por su contenido patológico — 'París y Helena, Antonio y Cleopatra—, mas tales pasiones eran consideradas como formas demenciales,' con las cuales un dios justiciero **torturaba** a los hombres, merecedores de castigos.

Para el galeno francés que comentamos, el amor no es en definitiva más que una infección contagiosa, que se manifiesta con particular virulencia en determinadas estaciones del año, sobre todo en primavera. Algunas veces, el contagio asume formas gravísimas, y entonces los suicidios por amor son numerosísimos. Incluso se citan años. como el de 1830, en que la epidemia adquirió caracteres de singular y extrema gravedad.

Resulta, pues, que según los más recientes adelantos del arte médico, según experiencias científicas, rigurosamente conocidas en estos últimos tiempos, todo lo que puedan encerrar las paradógicas estrofas de Marini:

Paradiso infernal
Celeste inferno

todos los tormentos de esa dulce, bella, terrible y a veces mortal enfermedad, que llamamos mal de amores, no serán en lo sucesivo, más que una vulgar afección fisiológica causada por fermentas .morbosos, y que al igual que tantas otras enfermedades de origen microbiano, como la tifoidea, la viruela, el sarampión, etc., etc., es también eminentemente contagiosa.

Incluso algunos autores afirman que se ha llegado **a** demostrar con rigurosas experiencias de laboratorio y de un modo indubitable, que aquel inefable filtro que desató la pasión amorosa de Tristán e Isolda, no fus sino un poderoso agente infeccioso, revelado a la intuición en forma de misterioso brebaje. Actualmente, otros sabios se

ocupan en esclarecer la complicada epidemiología de Laura, Francesca, Julieta, Eloísa, Manón, Margarita, Carlota, Hero, Beatriz y demás grandes enamoradas de la leyenda y de la Historia, que, según estas flamantes investigaciones, no pudieron ser otra cosa que terribles focos de irradiación pestilencial, como está demostrado que lo fueron la Maintenon, la Gioconda, Ninon de Léñelos, Marión Delorme y demás grandes doctoras del deseo.

El mal de amores, lo mismo que todas las enfermedades infecciosas, tiene también su período de incubación, en el cual los microbios del amor se desarrollan y se multiplican; por eso son tan raros los llamados "flechazos," porque, en general, el microbio del amor necesita tiempo, un cierto tiempo, para obrar y manifestar su peculiar sintomatología. La duración de este período no se ha podido precisar todavía, pero, afortunadamente, se sabe ya que constituye un valioso signo de pronóstico; en los casos graves, es más largo que en los benignos.

Incluso existen en la literatura descripciones del mal de amores que se aproximan notablemente a esta teoría tóxica del noble sentimiento. Así, en la célebre novela de Alfonso Daudet, *Safo*, se dice lo siguiente de los enamorados: "Al principio, se manifiesta la repulsión, luego el paciente se habitúa a la presencia del objeto, amado, que se le hace necesario; los dos se respetan recíprocamente y disputan sin descanso, pero al fin la cadena se suelda, y el hombre ya no puede vivir sin la mujer que le encadena la vida." Quien observe un alcohólico o un morfinómano — dicen los partidarios de la teoría tóxica del amor — reconocerá en seguida la plena identidad con el proceso del mal de amores.

En resumen, las alternativas de fiebre voraz y ensueño venturoso, de accesos violentas y delirios tranquilos, que jalonan la actividad básica de los procesos amorosos, no serían más que la sintomatología corriente de una de tantas septicemias e intoxicaciones. Las heridas inefables en la esencia del alma, lesiones hediondas de fétida supuración. Las delicias del Edén, un lazareto inmundo. La flecha de Eros, una vulgar geringuilla de inyecciones cargada de un líquido icoroso. Las declaraciones de amor una vulgar declaración sanitaria. El consentimiento, el alta de un médico. El matrimonio, el periodo de convalecencia. Y el corazón, un resto atávico, un signo del salto atrás, una debilidad orgánica, una tacha congénita, todo lo más un órgano supernumerario, que en todo caso predispondrá a graves enfermedades, ocasionando muchas veces las mayores catástrofes.

Estar enamorado, significara estar enfermo, y ser enamorado, será igual que ser un enfermo de gripe, tifoidea, etc. Los libros de amor se convertirán en monografías médicas y formularios terapéuticos. Estrechar al ser amado, y más aun, besarle los labios, será tan expuesto como besar y estrechar a un presunto tuberculoso. Pronto surgirán los específicos contra el amor, que actualmente se preconizan en las revistas eróticas de gran espec-

táculo, y que hasta ahora fueron patrimonio exclusivo de **los** music-halls y de los cabarets. El amor ya no será cantado por los poetas, sino que se estudiará en los libros de Medicina, en el 'hospital a la cabecera del enfermo.

Dice la literatura, que Margarita Gautier, la célebre heroína de la famosa novela de Alejandro Dumas (hijo) *La Dama de las Camelias,* fue una mujer que realmente existió en carne y hueso, que en la vida real **llamóso** Alfonsa Duplessis y que murió víctima del mal de amores, que asolaba la humanidad de aquella época. Pero, según las teorías que llevamos expuestas, se pone ya en tela de juicio, el que Margarita (Alfonsa) .muriese de resultas de su amor por Armando. Para .muchos médicos y para muchos literatos modernos, saturados de conocimientos, sin contar a los biólogos, el mal de amores de Margarita no fue más que una real y verdadera enfermedad infectivocontagiosa; la, llamada peste blanca, la tuberculosis.

Como afirma el brillante cronista catalán, Adolfo Marsillach, Margarita contrajo la enfermodad que le llevó, primero a su fracaso biológico y luego al sepulcro, no por haber amado a su Armando Duval, sino, porque pasara las noches de claro en claro y los días de turbio en turbio, bebiendo champagne, en pleno libertinaje moral y orgánico, y no tomando por precaución, el menor descanso, sin conocer el reposo ni tomar siquiera algún acreditado reconstituyente. En fin, que Margarita Gautier murió de lo que llamaríamos un accidente del trabajo. o mejor, dicho, de una enfermedad profesional, común a todas las enamoradas fracasadas. De eso se fue a la tumba, de *sur menaje,* de las imprudencias inherentes al hábito o al dominio del oficio, pero nunca como consecuencia del amor, del verdadero amor a un hombre. "Que cualquier pretuberculosa — dice **Alfonso** Marsillach — lleve la vida que llevó Alfonsa Duplessis, y ya verá lo que le sucede, aunque entre sus amigos no cuente con ningún lindo Armado Duval."

Que nadie quiera ver, en lo que llevamos expuesto, nuestra adhesión a la teoría de Paul Voivenel, ni mucho menos que aceptemos la interpretación de la vida, enfermedad, pasión y muerte de Margarita Gautier, sino todo lo contrario, como ya demostraremos en otra ocasión. Asi, pues, nadie puede esperar que de todo lo dicho anteriormente, pueda deducirse una definición clara, simple y categórica del mal de amores. La sintomatología de esta enfermedad es tan varia, tan compleja, tan contradictoria, tan honda, tan sutil, que apenas puede llegarse a una descripción aproximada y mucho menos a una explicación plenamente .satisfactoria.

A muchos tal 'vez parezca abominables estas groseras transmutaciones patológicas del noble sentimiento. Pero en los tiempos que corren, son también muchos los que lo creen así, pues así lo asegura la ciencia. "Lo que es sublime en sí mismo — ha escrito el condede Keyserling — puede ser entendido siempre de un modo bajo."

Ahora bien, para los que creen en la teoría que acabamos de ex-

poner, y la aceptan sin reservas, si quieren demostrarla completamente y formularla de un modo definitivo y categórico, tienen que emprender otras investigaciones **complementarlas,** que indudablemente habrán de ser de mayor importancia desde e1 punto de vista positivo, acere de la correspondiente farmacopea y de la profilaxis de tal enfermedad.

En nombre de la ciencia y para bien de la humanidad, debe obligarse, bajo severos castigos. a que los solterones empedernidos, revelen el secreto de su existencia, que tan plácidamente discurre sin borrascas de celos ni torbellinos de pasión.

Seguramente, mis amables lectores, que alguna vez pasó por vuestro lado **la** mujer de vuestro destino. ¿Cómo no causó alteración alguna visible en vuestra sensibilidad, ni en vuestra existencia? ¿Qué depurativo eliminó de vuestros organismos el veneno fatal de la intoxicación sentimental? ¿Cuál fue el riguroso régimen de vuestro equilibrio psicofísico para evitar apasionadamente enojosos? ¿Cuál la vacuna preventiva que os **inmunizó** contra los peligros de imprudente sentimiento? ¿Cuál es la higiene mental en que vivís, que os preserva del inefable delirio? ¿Cuáles son los remedios secretos de que disponéis, para luchar contra esta enfermedad irremediable? Y si es verdad, que en toda psiquis existen en latencia los gérmenes de las enfermedades de amor, que sólo esperan la ocasión propicia para tornarse virulentos y que siempre se da alguna vez en la vida, ¿cómo lograsteis evitarlo?

Una encuesta sobre estos puntos, es condición previa absolutamente indispensable para el estudio científico perfecto de la enfermedad. Si a la encuesta acudieran principalmente los médicos solteros, ello reportaría grandes beneficios a la humanidad que sufre y padece esta enfermedad, y sobre todo a los miserables que estamos recluidos en estos lazaretos. Además, la investigación científica sobre estos puntos, se orientaría por derroteros más seguros y fe-

Tratamiento de las quemaduras producidas por el frío y por el calor por medio de la Parafina. Tratamiento de las escaras y de las úlceras

(Concluye)

pensar la falta de la respiración cutánea y por las mismas razones darle tónicos cardíacos, es decir, inyecciones de cafeína, aceite alcanforado, etc., pues de ese modo se sostiene el corazón que hace más frecuente el pulso. Desde las 24 horas a las 62 horas en un enfermo que ha sufrido quemaduras de tercer grado muy extensas, al absorberse todos esos productos necrosados, se produce un estado tóxico en la sangre que puede ocasionar una insuficiencia aguda de hígado y de riñón y producirle la muerte por una hepatitis o por una nefritis o por ambas cosas a la vez. Entonces, como otra indicación, conviene darle al enfermo diuréticos, como ser infusión de estigma de maíz, nefrina Turró, teobromina, etc.; además se favorece las diuresis con purgantes, como el sulfato de soda, aceite de ricino, etc. Con los purgantes, no solamente se favorece la diuresis, sino que se eliminan por el intestino todas aquellas substancias que no puedan salir por el riñón, al estar congestionado o inflamado con tantas substancias tóxicas. A veces está indicado el absceso de fijación.

En las primeras 24 horas, por la reabsorción de substancias grasas en el torrente circulatorio, el enfermo puede morirse por embolia pulmonar grasosa; entonces otra de las indicaciones consiste en limpiar todas las superficies necrosadas, a fin de que no sean absorbidas las grasas, ni las demás substancias.

En las escaras que se producen en los enfermos del sistema nervioso, por ejemplo en los tabéticos y paralíticos generales, también hay necrosis de primer, segundo y tercer grado.

La necrosis de primer grado comprende nada más que la epidermis. La de segundo grado llega hasta la capa profunda del dermis y la de tercer grado llega hasta el hueso.

En las úlceras de los varicosos y de otras enfermedades de la piel también hay necrosis de primer, segundo y tercer grado, siendo necesario tratarlas como si fueran quemaduras.

De todos los tratamientos que se conocen para las quemaduras, las escaras y las úlceras cutáneas, el que ha dado mejor resultado es el tratamiento por

---

cundos y tal vez se llegara en breve plazo a una solución rigurosamente experimental del obscuro y pavoroso problema y a destruir ese agente patógeno de terrible potencia, que hace amar, porque odia mortalmente a todo aquel que confía ciegamente en el amor y firmemente en sí mismo.

De la Revista de Medicina Española.

NOTAS

Se encuentra actualmente en Montevideo como Jefe de la Delegación Hondureña al VII Congreso Panamericano el Dr. Miguel Paz Baraona Socio Honorario de nuestra agrupación.

Fueron nombrados Profesores de Obstetricia y Clínica Médica en la Facultad de Medicina nuestros consocios y amigos Doctores Justo Abarca h., y Roberto Lazarus.

El 1º de enero tomarán posesión de sus cargos los nuevos miembros de la Junta Directiva de la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia, electos para el bienio 1934-35 por una gran mayoría en la sesión general celebrada el dia 23 del presente y compuesta por los Doctores:

Ricardo D. Alduvín, Decano.
Francisco Sánchez, Vice-Decano.
Eduardo A. Coello, Vocal 1º.
Antonio Vidal, Vocal 2º.
Julio Aspuru España, Secretario.
Enrique Guilbert, Vocal 1º Suplente.
Justo Abarca h., Vocal 2º suplente.
Manuel Cáceres Vigil, Propietario.

Ha llegado a esta capital a tomar asiento en las bancas del Congreso Nacional el querido amigo y consocio Dr. Emigdio Mena, Diputado por el Departamento de Santa Bárbara.

El 29 de noviembre se verificaron las elecciones para la Nueva Junta Directiva de la Policlínica, habiendo sido electos los señores:

Presidente, Dr. S. Paredes P.; Vocal 1º, Dr. Manuel Larios; Vocal 2º, Ing. Manuel A. Zelaya; Tesorero, P. M. Donato Díaz Medina; Secretario, Dr. Justo Abarca h.; Vicepresidente, Dr. Ricardo D. Alduvín; Vocal 1º Suplente, Dr. Pastor Gómez h.; Vocal 2º Suplente, Dn. Guillermo Elvir; Protesorero, Dr. Alberto Bellucci; Prosecretario, Dr. Ramón Valladares.

El 2 de enero saldrá para Trujillo con el cargo de Delegado de Sanidad del Departamento de Colón nuestro consocio el Dr. Roberto Gómez Rovelo.

Después de tres meses de vacaciones que anduvo disfrutando en San Francisco, Los Angeles y New Orleans, regresó a la capital el consocio Dr. Marco Delio Morales.

---

medio de la parafina, que es la ambrina que usaban los franceses en la guerra. También en la guerra, en los que tenían heridas desgarradas por balas dumdum, por granadas o por las llamas de incendio, se curaban también con la parafina.

La parafina es un cuerpo mineral que se extrae del petróleo; es inerte, amicrobiana. La parafina está en estado sólido, pero al colocarla en baño-maría se licúa y puede colocarse sobre las quemaduras, las escaras y las úl-

— *Continuará* —